

Piedmont Clínica Dental Regional Registro de Pacientes

Nombre del paciente: _____ Apellidos: _____

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____

Estado civil(encierre en un círculo): Soltero/ Casado/ Viudo/ Divorciado/ Menor Sexo: F /M/ Other

Dirección de la casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Condado _____ Zip: _____

P.O. Box _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Condado _____ Zip: _____

Teléfono(Casa): () _____ Celular: () _____ Tel. Trabajo: _____

Email(requerido): _____ Se pueden dejar mensajes esos teléfonos o en su email? SI / NO

Ocupación: _____ Empleador: _____

Persona responsable (Si el paciente es un menor):

Nombre del padre/guardian: _____ Telefono:() _____

Relacion con el menor: _____

Hay niños menores de 12 años en su hogar?: SI / NO.

Si contesta SI, a cual escuela van?: _____

PRDC es una clínica sin ánimo de lucro. PRDC esta obligada a reporter la siguiente información. Por favor responde/encierre en un círculo.

Raza: Blanca / Afro Americana / Americano Indio o nativo de Alaska / Asiático / nativo de Hawaii or de las islas del pacífico / otro / Desconocido.

Grupo étnico: Hispano o Latino / No Hispano o Latino

Estatus de Veterano: SI / NO Si contesta SI, por favor pregunte acerca de cuidado profesional gratis en el día de los Veteranos.

Sin hogar: SI / NO Si contesta SI, escoja una: Comparte una habitación / Transicional / Albergue /Calle

Le gustaría saber acerca de nuestro programa de Atención Asequible para familias de bajos ingresos? SI / NO

Contacto en caso de emergencia: En caso de emergencia, PRDC require informacvion de por lo menos una persona.

Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono:() _____

Pacientes con Medicaid: Número de ID (12 dígitos): _____

Nombre del Plan: _____

Seguros dentales en la red: PRDC esta en red únicamente con Medicaid y con planes Delta Dental Premier. Nosotros enviamos el cobro a su seguro por usted.

Seguros dentales fuera de la red: PRDC acepta todos los seguros dentales PPO que estén fuera de la red. El paciente es responsable de pagar la diferencia entre el costo de el tratamiento y lo que cubre el seguro. Nosotros enviaremos el cobro a su compañía de seguros por usted. Pregunte a alguien de nuestro personal para que lo asista en entender la porción que debe pagar por los procedimientos.

Nombre de su plan de seguro: _____ A nombre de: _____

Empleador: _____

Dirección del subscriptor, Ciudad, Estado, Zip: _____

Fecha de nacimiento del subscriptor ____/____/____ Parentesco con el paciente _____ Teléfono() _____

Número de grupo del seguro: # _____ ID _____ SS # _____

Como supo de acerca de PRDC? Alguna a persona nos recomendo? Escriba su nombre para agradecerle:

Usted usa Facebook? SI / NO

Consentimiento por servicios y cuidado: Yo ahutorizo PRDC para tartar el paciente nombrado arriba y revelo, cuando sea requerido, cualquier información de alguna enfermedad o lesion ,consulta de historia médica, prescripción o tratamiento y copias de todos los archivos médicos. Yo asigno o autorizo el pago directo a la practica designada hacia cualquier procedimiento medico realizado y

autorize PRDC para llenar reclamaciones de Medicaide o del seguro en mi favor. Yo estoy de acuerdo que esta autorización es valida hasta que la resigne por escrito o que sea reemplazada por una mas reciente. Una fotocopia de esta autorización se considera efectiva y válida como la original. Yo entiendo que soy responsable por los servicios que no son cubiertos por Medicaid/Plan de seguro o si mi Medicaid/ Plan de seguro no es vigente al momento del servicio. Yo entiendo que PRDC presta servicio sin considerar la raza, color o origen nacional. Con my firma yo entiendo que he sido informado de las leyes de Virginia respect a test de sangre: en el caso que un proveedor de salud o empleado sea expuesto a fluidos corporals del paciente en una forma en que pueda transmitir una enfermedad, el paciente será considerado que ha aceptado una prueba para HIV y hepatitis y que revelará o divulgará los resultados del test al proveedor de la salud o al empleado. Yo autorizo todo tratamiento dental considerado necesario por el proveedor.

Firma del paciente, padre/madre o guardian: _____ Fecha ___/___/___

Nombre impreso: _____ Parentezco: _____

Piedmont Clínica Dental Regional Reconocimientos del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____

Email: _____

Menor de 18 años: SI / NO, si contesta SI, se requiere la firma del Padre/Guardian.

Organización si aplica: _____

=====

PRDC Seguro y Póliza de Financiamiento

Firmando, yo reconozco que he leído esta sección, he sido informado y he entendido lo siguiente:

- Yo entiendo que PRDC esta en red con Medicaid y Delta Dental Premier.
- Yo entiendo que si tengo seguro diferente a Medicaid o Delta Dental Premier, yo soy responsable por todos los costos que no sean cubiertos por mi seguro.
- Yo entiendo que sere el responsable por cualquier costo que el seguro no cubra si el pago es negado a causa de no estar elegible y/o por estado inactivo.
- Yo entiendo que no puedo calificar para los dos beneficios de PRDC Programa de Atención Asequible y usar mi seguro dental. Yo debo escoger uno de las dos formas de pago.
- Yo entiendo que despues de haber usado el maximo por año de beneficios del seguro, Yo puedo aplicar por el PRDC Programa de Atención Asequible.
- Yo entiendo y debo demostrar cada año que soy elegible por mi salario para el plan de Atención Asequible.
- Entiendo que si no pago my factura, PRDC enviara my cobro a una agencia de colección.

Iniciales: _____

=====

PRDC Autorización de información a los medios de comunicación

Yo por la presente, permito a Piedmont Clínica Dental Regional y a sus agentes o asignados, el derecho irrevocable de usar por siempre cualquier grabación, video, audio, diapositivas, fotografías, media digital, materiales de entrevista, o la combinación de los mismos, para ser usado con el propósito de promoción, educación o propaganda, yo renuncio a todos los derechos de honorarios y compensaciones por cualquier uso, reproducción, publicación o distribución de cualquiera de dichos materiales.

Iniciales _____

=====

PRDC Reconocimiento por recibir la Noticia de Privacidad y Políticas de Oficina

Firmando este documento, yo reconozco que he recibido una copia, he leído, he sido informado, y entiendo todas las políticas de la oficina y que la Noticia de Privacidad. También reconozco, que es mi responsabilidad, si tengo una pregunta ahora/o en el futuro, debo contactar al personal de PRDC para cualquier clarificación.

También entiendo que habrá alguna instancia cuando PRDC sea obligado legalmente a divulgar algo o la totalidad de mi información médica.

Iniciales _____

=====

PRDC Política libre de armas en la Clínica.

Estoy de acuerdo en acatar la política de PRDC que prohíbe armas adentro de la Clínica incluyendo las que tienen permiso y las que no lo tienen, armas llevadas abiertas o cerradas (open carry or concealed) de todos los tipos.

Iniciales _____

=====

Firma del paciente, Padre o guadián: _____ Fecha: __/__/____

Nombre impreso: _____

Nombre impreso del representante del paciente: _____ Parentezco: _____

Piedmont Clínica Regional Dental Formulario HIPPA

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Teléfono de la casa: () _____ Teléfono celular: () _____

Email: _____

PRDC tiene el derecho de emitir información acerca de su tratamiento, cuidado o citas a las siguientes organizaciones y/o personas:

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: () _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: () _____

Nombre: _____ Parentesco: _____ Tel: () _____

Está bien dejar mensajes en su teléfono o celular? SI / NO

Los requerimientos de HIPPA y de Acto de Atención Asequible permiten y algunas veces requieren comunicación con nuestros pacientes via email. PRDC usa programas certificados de comunicación para asegurar que su información permanezca privada y solo usted o su representante autorizado pueda verlos. Entiendo que podré recibir recordatorios de citas e informes oportunos después del tratamiento dental.

Entiendo que algunas veces será necesario para coordinar el cuidado o por el propósito del seguro que PRDC comparta o emita mi expediente médico-dental.

Entiendo que si deseo transferir mi expediente médico-dental a otra oficina, necesitaré firmar una formulario de Emission de Registros.

PRDC considera como registros medico-dentales la siguiente información:

Notas Clínicas	Registro de paciente	Historia de medicamentos
Radiografías	Plan de tratamient	Formulario HIPPA
Cuenta Mayor	Historial Médico	PRDC Reconocimiento del Paciente

En caso que mis registros dentales necesiten ser emitidos: Yo autorizo PRDC a enviarlos via (encierre en un círculo): FAX / TELEFONO / EMAIL

Entiendo que emitir cualquier información diferente que en persona, puede resultar en la emission a alguien diferente que a mi; sin embargo, PRDC hará todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de los pacientes. Entiendo que estando de acuerdo con emitir esta información usando el teléfono, fax o email puede resultar en la emission a alguien diferente que a mi. Es mi resp[onsabilidad de convener con mi proveedor para consultar e interpretar la información de cuidado de salud. Entiendo con este reconocimiento será actualizado segun sea necesario or por mi solicitud. Entiendo que si quiero revocar cualquier información en este formulario, debo hacerlo por escrito.

Firma del paciente, Padre o guardian: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre impreso: _____ Parentesco: _____

Piedmont Clínica Dental Regional Historia Clínica Médico-Dental

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____

Apesar que el personal dental trata principalmente el área de o alrededor de la boca, su boca es parte de su cuerpo. Los problemas dentales que usted pueda tener, o los medicamentos que usted esté tomando pueden tener una relación importante con los tratamientos dentales que usted reciba. Gracias por contestar las siguientes preguntas:

Usted se encuentra en tratamiento médico en este momento? SI / NO Si contesta SI, explique: _____

Nombre de su médico y número telefónico: _____

Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirugía mayor? SI / NO si contesta SI, explique: _____

Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas? SI / NO Por favor liste todos los medicamentos que está tomando en este momento: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis _____ Cuántas veces al día? _____

Está tomando bisfosfonatos (p.ej., Fosamax, Reclast, Zometa, Atonel, o Bonivia) oral o IV? SI / NO Si contesta SI, cuál? _____

Tiene alergias a picadura de abejas o maní/cacahuete (diferente a medicamentos)? SI / NO Si contesta SI, explique: _____

Esta embarazada o está tratando de quedar embarazada? SI / NO Si contesta SI, Cuándo sería la fecha aproximada de su parto? _____

Ha dado a luz durante este último año? SI / NO Está lactando? SI / NO

Toma anticonceptivos orales? SI / NO Fuma o usa tabaco? SI / NO

Usa sustancias de uso controlado? YES / NO

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes: Marque con un círculo:

ADD/ADHD	Dependencia a sustancias químicas	Problemas de riñón/ Dialisis	Convulsiones
SIDA/HIV Positivo	Convulsiones	Problemas de hígado/ hepatitis/cirrosis	Herpes/culebrilla
Alzheimer	Retraso en el desarrollo	Enfermedad pulmonar	Células falciformes
Anafilaxis	Diabetes/azúcar alta	Dolor en la articulación de la mandíbula	Espina bífida
Anemia	Desmayos/mareos	Tratamiento psiquiátrico	Enfermedad estomacal/intestinal
Artritis/Reumatismo	Dolores de cabeza frecuentes	Ansiedad	Derrame cerebral
Partes artificiales/Prótesis articulares, clavos, tornillos en el cuerpo	Glaucoma	Depresión	Inflamación de extremidades
Asperger (Síndrome)	Problemas de corazón	PTSD	Toma anticoagulantes (Coumadin, Heparin, Plavix)
Asma/Problemas respiratorios /enfisema	Soplo en el corazón/Prolapso de la válvula mitral	Radiación/quimioterapia	Tiroides
Autismo	Hemofilia	Pérdida/ganancia de peso	Tumores
Enfermedades de la sangre	Herpes	Fiebre reumática.	Veneras
Fractura mandibular	Presión alta.	Cardiopatía reumática	
	Urticaria y/o brotes		

Ha tenido alguna enfermedad seria que no esté arriba? SI ___ NO ___ si contesta SI, explique: _____

Usted tiene una orden de "No Resucitar"? SI / NO si contesta SI, PRDC requiere una copia para nuestros archivos.

Esta es su primera visita al dentista? SI / NO

Si contesta NO, Hace cuánto fue su última visita? ____ años ____ meses

Quién fue su anterior dentista? _____

Le gusta su sonrisa? SI / NO si contesta NO, le gustaría tener información de cómo mejorar su sonrisa? SI / NO

Cual es su principal preocupación dental? _____

En la medida de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido contestadas con exactitud. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser dañoso para mí (o para la salud de los pacientes). Es mi responsabilidad de informar a la oficina dental algún cambio en mi estatus médico.

Firma del paciente, padre or guardián _____ Fecha: ____/____/____

Firma del proveedor _____ Fecha: ____/____/____

Para ser completado por personal de PRDC: Peso: _____ BP: _____

Como puede calificar para nuestro programa de atención asequible?

Si usted quiere saber si califica para nuestro programa de atención asequible, debe venir a una entrevista. Las entrevistas se realizan de martes a viernes como van llegando. No necesita cita previa.

La elegibilidad a nuestro programa de atención asequible es basado en el ingreso del hogar y en el número de personas que viven en su casa. Usted es elegible para un precio reducido si su salario anual o mensual está en o por debajo del 200% de la guía federal de pobreza.

Qué se considera un hogar?

- Cualquier persona que vive y contribuye económicamente en su hogar.
- Cualquier persona que puede ser reclamada en sus impuestos.

Qué se considera salario y que debo traer:

- Talón de cheques de pago por mes(traer dos si le pagan quincenal o cuatro si le pagan semanal).
- Carta de aprobación de estampillas para comida.
- Si no recibe cheques de pago, entonces necesita una carta de ingresos de su empleador indicando su salario total por mes o por semana. Carta con membrete de la empresa o carta notarizada.
- Prueba de ingresos adicionales de plan de pensiones, Iglesia, Familia, manutención de hijos, TANF, manutención de esposa.
- Estado de cuanta del seguro social, depósitos de banco mostrando pago mensual al seguro social.
- Prueba de cualquier subsidio de vivienda de alguna autoridad o del gobierno federal.
- Prueba de compensación por desempleo
- Su más reciente declaración de impuestos forma 1040 (no se acepta si es de más de dos años de antigüedad)
- Si no está trabajando y tiene a alguien que le brinda ayuda financiera, usted necesita una carta de esa persona con la fecha, la cantidad en ayuda para comida, vivienda, pagos, etc., firmada por la persona que lo esta financiando.

Por favor traiga también una identificación actual con foto o una identificación con foto de cualquier persona que vive en su hogar y que sea mayor de 18 años.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE TODAS LAS CITAS SON PRE-PAGADAS. Si usted calificó y desea hacer una cita como paciente nuevo, por favor traiga \$75 en efectivo, giro postal(Money Order), MasterCard, Visa, o Discover.

Para más información o preguntas acerca de su elegibilidad o de cómo establecer su cuidado, por favor visite nuestra página web al www.vaprdc.org o llame a nuestra oficina al (540) 661-0008.

PRDC está localizada en 13296 James Madison Highway, Orange, VA. La dirección de correo es PO Box 151, Orange, Virginia 22960.

Aplicación Servicio Dental Asequible

La aplicación para servicio dental asequible debe completarse en su totalidad antes que cualquier miembro de su hogar sea aprobado para nuestro servicio asequible. Prueba de pago y todos los documentos deben acompañar la aplicación.

Nombre completo del solicitante:	Fecha de nacimiento:
Dirección 1(Correo):	Ciudad, estado, VA:
Dirección 2 (Física):	
Número de teléfono (principal):	Otro número:
Estado civil: (Encierre en un círculo) Soltero Casado Viudo Divorciado	E-mail:
Se encuentra usted trabajando? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Empleador:	Frecuencia de pago de salario: Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Tiene Seguro Dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si esta desempleado y no recibe salario, alguien le provee ayuda financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contesta SI, usted necesita prueba de ingresos o una carta de la persona que lo soporta.	
El solicitante ha sido analizado para Medicaid, FAMIS o otra asistencia por el Departamento de Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contesta SI, por que el solicitante no recibe asistencia? Si contesta NO, esta interesado en información adicional al respecto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

La información familiar debe llenarse por todos los aplicantes

Liste todos los miembros de su familia, fecha de nacimiento y parentesco

Nombre completo del aplicante:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:

Ingresos familiares

(Copia de la prueba de ingresos debe ser adjuntada)

Ingresos familiares se define como todos los ingresos en un hogar incluyendo y no limitado al salario a través de un empleo, asistencia gubernamental (seguro social, estampillas para comida, etc.), discapacidad (largo o corto tiempo) y beneficios de desempleo. Debe proveer prueba de ingresos de un (1) mes de todos los orígenes. Puede usar la forma 1040 del año anterior si esta refleja con mayor veracidad su ingreso familiar.

Por favor complete la siguiente información:

	Mi persona	Esposo(a)	Otro	Total
Salario de empleo				
Propinas				
Beneficios de desempleo				
Seguro Social				
Beneficios de pensionado				
Fondos fiduciarios y desembolsos				
Becas				
Estampillas para comida				
Manutención para hijos				
Asistencia pública				
Subsidio de vivienda				
Subsidio para familias de militares.				
Beneficios VA				
Donaciones				
Ingresos por alquiler				
Ayuda financiera familiar				
Otro:				
Totales:				

Declaración jurada: Firmando, yo testifico que a la fecha de mi firma, el origen de los ingresos arriba listados son todos mis ingresos familiares, los familiares listados son exclusivamente dependientes de esos ingresos, y las explicaciones dadas para verificar mi nivel de ingresos son veraces. Yo entiendo que si la información que yo estoy entregando es incompleta o fraudulenta, seré retirado de la escala móvil de ingresos permanentemente.

Firma del

Solicitante/Responsable: _____ Fecha: _____

SOLO EL PERSONAL DE PRDC PUEDE LLENAR ESTA SECCION:

Ingreso Familiar Mensual total: \$ _____ # de personas en el hogar: _____

Ingreso Familiar Annual total: \$ _____ Nivel: _____

Valido hasta: _____ Firma del personal de oficina: _____

Como puede calificar para nuestro programa de atención asequible?

Si usted quiere saber si califica para nuestro programa de atención asequible, debe venir a una entrevista. Las entrevistas se realizan de martes a viernes como van llegando. No necesita cita previa.

La elegibilidad a nuestro programa de atención asequible es basado en el ingreso del hogar y en el número de personas que viven en su casa. Usted es elegible para un precio reducido si su salario anual o mensual está en o por debajo del 200% de la guía federal de pobreza.

Qué se considera un hogar?

- Cualquier persona que vive y contribuye económicamente en su hogar.
- Cualquier persona que puede ser reclamada en sus impuestos.

Qué se considera salario y que debo traer:

- Talón de cheques de pago por mes(traer dos si le pagan quincenal o cuatro si le pagan semanal).
- Carta de aprobación de estampillas para comida.
- Si no recibe cheques de pago, entonces necesita una carta de ingresos de su empleador indicando su salario total por mes o por semana. Carta con membrete de la empresa o carta notarizada.
- Prueba de ingresos adicionales de plan de pensiones, Iglesia, Familia, manutención de hijos, TANF, manutención de esposa.
- Estado de cuanta del seguro social, depósitos de banco mostrando pago mensual al seguro social.
- Prueba de cualquier subsidio de vivienda de alguna autoridad o del gobierno federal.
- Prueba de compensación por desempleo
- Su más reciente declaración de impuestos forma 1040 (no se acepta si es de más de dos años de antigüedad)
- Si no está trabajando y tiene a alguien que le brinda ayuda financiera, usted necesita una carta de esa persona con la fecha, la cantidad en ayuda para comida, vivienda, pagos, etc., firmada por la persona que lo esta financiando.

Por favor traiga también una identificación actual con foto o una identificación con foto de cualquier persona que vive en su hogar y que sea mayor de 18 años.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE TODAS LAS CITAS SON PRE-PAGADAS. Si usted calificó y desea hacer una cita como paciente nuevo, por favor traiga \$75 en efectivo, giro postal(Money Order), MasterCard, Visa, o Discover.

Para más información o preguntas acerca de su elegibilidad o de cómo establecer su cuidado, por favor visite nuestra página web al www.vaprdc.org o llame a nuestra oficina al (540) 661-0008.

PRDC está localizada en 13296 James Madison Highway, Orange, VA. La dirección de correo es PO Box 151, Orange, Virginia 22960.

Aplicación Servicio Dental Asequible

La aplicación para servicio dental asequible debe completarse en su totalidad antes que cualquier miembro de su hogar sea aprobado para nuestro servicio asequible. Prueba de pago y todos los documentos deben acompañar la aplicación.

Nombre completo del solicitante:	Fecha de nacimiento:
Dirección 1(Correo):	Ciudad, estado, VA:
Dirección 2 (Física):	
Número de teléfono (principal):	Otro número:
Estado civil: (Encierre en un círculo) Soltero Casado Viudo Divorciado	E-mail:
Se encuentra usted trabajando? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Empleador:	Frecuencia de pago de salario: Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Tiene Seguro Dental? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si esta desempleado y no recibe salario, alguien le provee ayuda financiera? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contesta SI, usted necesita prueba de ingresos o una carta de la persona que lo soporta.	
El solicitante ha sido analizado para Medicaid, FAMIS o otra asistencia por el Departamento de Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si contesta SI, por que el solicitante no recibe asistencia? Si contesta NO, esta interesado en información adicional al respecto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

La información familiar debe llenarse por todos los aplicantes

Liste todos los miembros de su familia, fecha de nacimiento y parentesco

Nombre completo del aplicante:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:

Ingresos familiares

(Copia de la prueba de ingresos debe ser adjuntada)

Ingresos familiares se define como todos los ingresos en un hogar incluyendo y no limitado al salario a través de un empleo, asistencia gubernamental (seguro social, estampillas para comida, etc.), discapacidad (largo o corto tiempo) y beneficios de desempleo. Debe proveer prueba de ingresos de un (1) mes de todos los orígenes. Puede usar la forma 1040 del año anterior si esta refleja con mayor veracidad su ingreso familiar.

Por favor complete la siguiente información:

	Mi persona	Esposo(a)	Otro	Total
Salario de empleo				
Propinas				
Beneficios de desempleo				
Seguro Social				
Beneficios de pensionado				
Fondos fiduciarios y desembolsos				
Becas				
Estampillas para comida				
Manutención para hijos				
Asistencia pública				
Subsidio de vivienda				
Subsidio para familias de militares.				
Beneficios VA				
Donaciones				
Ingresos por alquiler				
Ayuda financiera familiar				
Otro:				
Totales:				

Declaración jurada: Firmando, yo testifico que a la fecha de mi firma, el origen de los ingresos arriba listados son todos mis ingresos familiares, los familiares listados son exclusivamente dependientes de esos ingresos, y las explicaciones dadas para verificar mi nivel de ingresos son veraces. Yo entiendo que si la información que yo estoy entregando es incompleta o fraudulenta, seré retirado de la escala móvil de ingresos permanentemente.

Firma del

Solicitante/Responsable: _____ Fecha: _____

SOLO EL PERSONAL DE PRDC PUEDE LLENAR ESTA SECCION:

Ingreso Familiar Mensual total: \$ _____ # de personas en el hogar: _____

Ingreso Familiar Annual total: \$ _____ Nivel: _____

Valido hasta: _____ Firma del personal de oficina: _____

Piedmont Clínica Dental Regional Derechos y Responsabilidades del Paciente

1. Como paciente del PRDC, usted tiene derechos. Usted tiene el derecho a:

- A recibir un cuidado considerado y respetuoso sin importar la raza, sexo, origen, religión o estatus económico..
- Entender las opciones de su diagnóstico y tratamiento.
- Saber el costo de el tratamiento que va a recibir.
- Saber el nombre y las credenciales del proveedor de la salud que cuida de usted.
- Exigir privacidad de sus records personales y médicos.
- Recibir cuidado dental de calidad el cual tenga en consideración sus valores psicologicos, espirituales y culturales como también su situación económica.
- Expresar quejas en una forma apropiada y hacer que estas sean dirigidas directamente.

Como paciente de PRDC, usted también tiene responsabilidades. Usted es responsable de:

- Proveer información precisa y completa del contacto e historia médica.
- Hacer preguntas si usted no entiende un diagnóstico, costo o opción de tratamiento.
- Pagar puntualmente los servicios brindados.
- Traer un interprete como un familiar o amigo(mayor de 18 años) con usted a sus citas si no puede comunicarse en Ingles.
- Ser respetuoso con el dentista, el personal y con otros pacientes.
- Abstenerse de usar su teléfono celular/cameras en las areas de tratamiento por respeto a la privacidad de otros pacientes asi como el factor de ruido.
- Llegar temprano a sus citas.
- Avisar con 24 horas de anticipación si necesita cancelar una cita.
- Aceptar las repercusiones de cualquier cita perdida. Para mayor información referirse a #3.

2. **Política Financiera:** PRDC acepta pacientes de todos los niveles económicos. Pacientes que estan por debajo del 200% de pobreza federal califican para el programa de atención asequible y recibirán un descuento significativo a las tasas comerciales prevalentes. Estar cubierto por un seguro no lo descalifica para aplicar a el programa de atención asequible.

PRDC lo ayudará a determinar el mas bajo costo para su servicio basado en la opción de tratamiento que usted elija, sus beneficios del seguro (si tiene) y su salario familiar. PRDC estará muy feliz de someter las reclamaciones al seguro por usted.

Todos los pacientes que no estan cubiertos por Medicaid o por Delta Dental Premier deben pre-pagar por los servicios en efectivo, tarjeta de crédito, cuanta de ahorro para la salud o Care Credit. Una excepción es repetidas citas de hygiene en las cuales el paciente solo requiere de un depósito de \$20 dolares.

Si usted pre-pagó un procedimiento que no quiere recibir, PRDC le devolverá su dinero en un plazo de 30 dias después de recibir una carta escrita de devolución.

3. **Políticas por citas perdidas:** PRDC es una pequeña "safety net" clínica sin animo de lucro. Con el fin de mantener nuestros costos lo mas bajos posibles, cada hora que pagamos a nuestro personal debe ser productivo (es decir atendiendo pacientes). Cuando los pacientes no atienden a sus citas, nosotros debemos pagar a nuestro personal lo que crea una dura prueba para la clínica. Otros pacientes quienes necesitan un espacio para una cita también tardan en recibir la atención que ellos requieren. Le agradecemos por su comprensión a nuestras políticas de llegadas tarde, cancelaciones, pérdida de citas que son basadas en la experiencia y que son importantes para nuestra habilidad de continuar operando la clínica.

PRDC hace cumplir muy estrictamente nuestra política de citas perdidas. Una cita perdida se define como (a) una cita en la cual usted no se presentó y/o (b) una cita en la que usted nos avisó con menos de 24 horas para cancelarla o para volver a programarla. PRDC requiere que usted haga todo lo mas posible por mantener su cita y respetar a nuestro personal y a otros pacientes quienes han llegado a tiempo. Como cortesía a nuestros pacientes, nosotros confirmaremos sus citas 48 horas antes de su cita. Nosotros solicitamos una llamada o texto de regreso para confirmar su cita. Si no recibimos su llamada o texto de confirmación a las 12:00 pm de el dia anterior a su cita, nosotros tenemos el derecho de re-programar su cita.

Llegadas tarde: Por favor tenga en mente que PRDC mantiene una agenda llena. Incluso un paciente que llegue tarde puede afectar la agenda de toda la clinica. Si usted llega tarde a una cita, PRDC se reserva el derecho de re-programarla. Le pedimos el favor de llegar 10 minutos antes de la cita para tener tiempo de registrarse.

Cancelaciones: Si usted necesita cancelar o re-programar una cita, por favor otorgue un previo aviso de por lo menos 24 horas. Esta notificación permite a PRDC la oportunidad de ofrecer servicios a otros pacientes quienes pueden tener una emergencia. Si usted no nos notifica con 24 horas de anticipación o si cancela el mismo dia de su cita por alguna razón, esta será considerada como cita perdida.

Tenga en cuenta: PRDC tiene un correo de voz. Si es despues de horas de oficina y necesita cancelar, re-programar o confirmar su cita usted debe dejar un mensaje de voz al (540) 661-0008 .

Repercusiones de perder una cita:

- 2da cita perdida__30 días de espera para su siguiente cita.
- 3ra cita perdida__PRDC no lo programará mas para citas futuras. Por favor llámenos un dia que pueda venir y trabajaremos con usted en ubicarlo en la agenda si hay espacio disponible.

4. **Cuidado preventivo:** Nosotros alentamos a nuestros pacientes a seguir con el plan de tratamiento sugerido. PRDC requiere que todos los pacientes tengan una cita cada seis meses para un examen periódico sin importar el estado de su plan de tratamiento. Si usted no a terminado su tratamiento en los seis meses despues de su

último examen, usted requerirá un examen periódico antes de continuar con el resto del tratamiento. Este es un estándar de calidad de atención para PRDC y nuestros pacientes. No habrá excepciones a esta política.

Un examen periódico típicamente incluye limpieza. Si usted tiene pocos dientes su examen costará menos dependiendo de la condición de dichos dientes.

5. **Sugerencias y preocupaciones:** Nosotros esperamos que cada paciente sea tratado con dignidad, respeto y altos niveles de dentistería de calidad. Con eso en mente, esperamos que los pacientes traten a nuestros empleados con respeto y cortesía también. Si usted tiene alguna preocupación por favor dejenos saber. Nosotros siempre acogemos y alentamos sugerencias para servirle mejor. Usted puede dirigir cualquier preocupación o sugerencia a nuestro director ejecutivo.
6. **Días de nieve:** PRDC actualizará el mensaje de voz, enviará emails, anunciará en Facebook y en nuestra página web si cerraremos o abriremos tarde durante los días de nieve.

Piedmont Clínica Dental Regional Aviso de Políticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACION DE SALUD PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CON CUIDADO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACION DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

Nuestro Deber Legal

Estamos obligados por las autoridades federales y por las leyes del estado a mantener la privacidad de nuestra información de salud protegida. Estamos obligados también a entregarle este aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad y de nuestro deber legal y de sus derechos en lo que concierne a su información de salud protegida. Nosotros debemos seguir las prácticas de privacidad que están descritas en este aviso cuando esté en efecto. Este Aviso tiene efecto 5-1-2011, y se mantendrá en efecto hasta que nosotros lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento siempre que los cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro aviso efectivo para toda la información de salud que nosotros mantenemos incluyendo la información de salud que nosotros creamos o recibimos antes de hacer algún cambio. Antes de hacer algún cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, nosotros cambiaremos este aviso y proveeremos un nuevo aviso en nuestra oficina y lo distribuiremos a petición.

Usted puede pedir una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad o para copias adicionales de este aviso, por favor contactenos usando la información al final de este aviso.

Usos y divulgación de la información de salud

Nosotros usamos y divulgamos la información de salud acerca de usted sin ninguna autorización con el siguiente propósito:

Tratamiento: Nosotros podremos usar o divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, nosotros podremos divulgar su información de salud a un médico o otro proveedor de salud que le realizará un tratamiento.

Pagos: Nosotros podremos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago por los servicios que nosotros le otorgamos. Por ejemplo: nosotros podremos enviar un "claim" a su plan de seguro dental que contiene cierta información de salud.

Operaciones de mantenimiento de la salud: Nosotros podremos usar y divulgar su información de salud en conexión con su mantenimiento de la salud. Por ejemplo: mantenimiento de la salud incluye evaluación de calidad, actividades de mejoramiento, revisión de competencias y títulos de los proveedores de la salud, evaluación de la actitud de los practicantes y profesionales, conducir programas de entrenamiento, acreditación, certificación y actividades de licencias y credenciales.

Para usted o para su representante personal: Nosotros debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de los Derechos del Paciente en este aviso. Nosotros podremos divulgar su información de salud a su representante personal pero solamente si usted está de acuerdo en que nosotros lo hagamos.

Personas involucradas en su cuidado: Nosotros podremos usar o divulgar su información de salud para notificar o asistir en la notificación de (incluyendo notificar o localizar) un familiar, su representante personal o otra persona responsable de su cuidado, su ubicación su condición general o muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o divulgar su información de salud, nosotros le proveeremos la oportunidad a objetar ese uso o divulgación. En el evento de su ausencia o incapacidad o en casos de emergencia, nosotros divulgaremos información de salud basados en la decisión usando nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con prácticas comunes para hacer una inferencia para su mejor interés en permitir a una persona a recoger una receta llena, suministros medicos, rayos X, o otras formas similares de información de salud.

Alivio de desastres: Nosotros podremos usar o divulgar su información de salud para asistir en los esfuerzos para alivio de desastres.

Marketing relacionado con los servicios de salud: Nosotros no usaremos su información para comunicaciones de marketing sin su autorización.

Requerido por ley: Nosotros podríamos usar o divulgar su información de salud cuando se nos sea requerido por la ley.

Salud pública y beneficios públicos: Nosotros podríamos usar o divulgar su información de salud para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica; para reportar enfermedades, lesiones y estadísticas vitales; para reportar cierta información a FDA (Food and Drug Administration); para alertar a alguien quien puede estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad; para supervisión de actividades de salud; para ciertos procesos judiciales y administrativos; para ciertos propósitos en el cumplimiento de la ley; para evitar una amenaza seria a la salud y a la seguridad; y para cumplir con compensaciones a trabajadores o programas similares.

Fallecidos: Nosotros podríamos divulgar información de salud acerca de fallecidos cuando es requerido por la ley.

Seguridad nacional: Nosotros podríamos divulgar a autoridades militares la información de personal de las Fuerzas Armadas en ciertas circunstancias. Nosotros podríamos divulgar a oficiales federales autorizados información requerida por inteligencia legal, contrainteligencia, y otras actividades de seguridad nacional. Nosotros podríamos divulgar a oficiales de la correccional o a oficiales de la ley que tienen la custodia legal de la información de salud protegida de un prisionero o de un paciente en ciertas condiciones.

Recordatorio de citas: Nosotros podríamos usar o divulgar su información de salud para proveerle a usted recordatorios de sus citas (como correo de voz, mensajes, postales o cartas).

Derechos de los pacientes:

Acceso: Usted tiene el derecho de mirar o obtener copias de su información de salud, con limitadas excepciones. Usted podría solicitar que se le provean copias en un formato diferente a fotocopia. Nosotros usaremos el formato que usted requiera a no ser que prácticamente no podamos. Usted debe solicitar por escrito para obtener acceso a su información de salud. Usted puede obtener una forma para obtener acceso usando la información al final de este aviso. También puede pedir acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Nosotros cobraremos un precio razonable por el valor de suministros y trabajo de copiado. Si usted solicita copias el costo será \$ ____ por cada página, \$ ____ por hora de trabajo del personal para hacer las copias de su información de salud, estampillas si deasea que las copias le sean enviadas por correo. Si usted requiere un formato alternativo, nosotros le cobraremos un costo basado por proveer su información de salud en ese formato. Si usted prefiere le prepararemos un resumen o explicación de su información de salud a un costo. Contactenos usando la información al final de este aviso para una explicación completa acerca de la estructura de nuestros costos.

Divulgación de contabilidad: Usted tiene el derecho de recibir una lista de instancias en las cuales nosotros o nuestros socios del negocio divulgan su información por otros propósitos diferentes al tratamiento, pagos, operaciones del cuidado de la salud y ciertas otras actividades, por los pasados 6 años, pero no antes del 14 de abril del 2003. Si usted solicita esta contabilidad más de una vez en un periodo de 12 meses, nosotros podríamos cobrarle un costo por contestar a su solicitud.

Restricciones: Usted tiene el derecho de solicitar poner restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud. En muchos casos no estaremos en la obligación de estar de acuerdo en estas restricciones adicionales, pero si lo estamos, nosotros obedeceremos a nuestro acuerdo (excepto en ciertas circunstancias donde divulgar es requerido o permitido, como en una emergencia, por actividades de salud pública, o cuando divulgar es requerido por la ley). Nosotros deberemos cumplir con la solicitud de restringir la divulgación de información de salud protegida a un plan de salud con el propósito de llevar a cabo los pagos o operaciones de cuidado de salud (como se define por HIPPA) si la información de salud protegida pertenece exclusivamente a un detalle o asunto de cuidado de salud o servicio por el cual nos ha pagado de el bolsillo en su totalidad.

Comunicaciones alternativas: Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud en una forma alternativa o en una ubicación alternativa. (debe hacer una solicitud por escrito) su solicitud debe especificar la forma alternativa de la ubicación, y proveer una explicación satisfactoria como los pagos se van a realizar en las circunstancias de esta forma alternativa o de ubicación.

Enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito, y debe explicar por qué la información debe ser enmendada. Nosotros podríamos negar su pedido en ciertas circunstancias.

Avisos electrónicos: Usted podría recibir una copia de papel de este aviso a pedido, incluso si usted acordado recibir este aviso de forma electrónica en nuestra página web o por nuestro correo electrónico (e-mail).

Preguntas o Quejas

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o preocupaciones, por favor contactenos. Si usted tiene preocupaciones que podríamos haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado acerca de su acceso a su información de salud o en respuesta a una petición que usted ha hecho de enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o comunicarnos con usted al contacto alternativo o locación alternativa, debe presentar su queja a nosotros usando la información de contacto abajo listada al final de este aviso. Usted también podría enviar una queja por escrito al departamento de salud y servicios humanos (U.S. Department of Health and Human Services). Nosotros le daremos la dirección para llenar la queja con el U.S. Department of Health and Human Services por solicitud.

Nosotros apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. Nosotros no tomaremos represalias en ningún caso si usted escoge llenar una queja con nosotros o con el U.S. Department of Health and Human Services.

Contacto de oficina: Mary Foley Hintermann, Directora Ejecutiva **Teléfono:** 540-661-0008 **Fax:** 540-661-1070

Email: mary.foley@vaprdc.org

Address: 13296 James Madison Hwy., Orange, Va. 22960