Lake Area Free Clinic

Dental Patient Registration – SPANISH

Información General

Nombre Completo: Sexo: ☐M ☐F

Número de Seguro Social: Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY):

Raza: ☐Blanco ☐Afroamericano/Negro ☐Hispano/Latino

☐Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico ☐Otro

Estado Civil: ☐Divorciado/a ☐Vive con una Pareja ☐Casado/a (Nombre de esposo/a):

☐Nunca se ha casado ☐Separado/a ☐Viudo/a

Número de Teléfono Principal: Otro Número de Teléfono:

Dirección de Correo Electrónico:

Dirección del Hogar:

Ciudad, Estado, Código Postal: Condado:

Tipo de Vivienda: ☐ Dueño de su propia casa o condominio ☐ Renta una casa o departamento ☐ Vive con familia o amigos

☐ Desamparado/a (Vive en la calle o en su carro) ☐ Refugio para desamparados – ¿Dónde?:

Ha visitado usted la sala de emergencia para el DOLOR DENTAL? ☐Sí ☐No

En case afirmativo, cual fue la fecha de la visita más recién?

Idioma Principal: Idioma Secundario:

¿Sabe leer en su idioma principal?: ☐Sí ☐No ¿Sabe leer en su idioma secundario?: ☐Sí ☐No

¿Le gustaría que esté presente un intérprete en sus citas?: ☐Sí – ¿Cuál idioma?: ☐No

Información Sobre Contacto de Emergencia

¿A quién le gustaría que avisáramos en caso de emergencia?:

Nombre	Relación	Número de Teléfono

Información Sobre Fuente de Referencia

¿Cómo se enteró de nosotros?:

☐ LAFC Clínica Medica ☐ Oficina Dental ☐ Hospital – Sala de Emergencia ☐ Sala de Urgencias
☐ Proveedor Medico ☐ Periódico ☐ Amigo/a ☐ Servicios Sociales
☐ Website ☐ Seguro Medico ☐ Recomendaciones personales ☐ Iglesia
☐ Other: _____

Información Sobre Pagos Para Tratamiento

¿Cómo paga su cuidado de salud dental (marque todo lo que corresponda)?:

☐ BadgerCare/Forward Health/Medicaid ☐ Pago por su cuenta/Deuda ☐ Otro:_____

Información Sobre Empleo e Ingresos

¿Trabaja actualmente?: ☐Sí –¿Dónde?: ☐No

Si trabaja actualmente, es: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Temporal/Estacional

Anote todos los miembros del hogar (**toda persona declarada en la declaración de impuestos federales:** esposo/a, niños, dependientes):

Nombre Completo	Relación	Fecha de Nacimiento/Edad

Número total de personas en su hogar (incluyendo a Ud. mismo):_____

Marque **todas las fuentes** de ingresos para **todos** los miembros del hogar y proporcione la cantidad por mes:

☐ Pensión Alimenticia - $_____ ☐ Interés/Dividendos (Ingresos de Inversión Imponible) - $_____

☐ Ingresos por Alquiler - $_____ ☐ Pensión (Ingresos de Jubilación Imponible) - $_____

☐ Seguro Social por Incapacidad - $_____ ☐ Seguro Social por Jubilación - $_____

☐ Pagos Per Cápita de una Tribu - $_____ ☐ Compensación por Desempleo - $_____

☐ Sueldo del Empleo - $_____ ☐ Otro - $_____

¿Cuál es el ingreso **mensual** actual de todos los miembros del hogar?:	¿Cuál es el ingreso **anual** esperado de todos los miembros del hogar?:

¿Declaró los impuestos federales el año pasado?: ☐Sí ☐No – ¿Por qué no?:

LAFC- Política de la Clinica Dental

1. Una cita se considerará pérdida si usted no la cancela con un adelanto de 24 horas.
2. Los pacientes que se presentan a su cita más de 10 minutos tarde NO serán vistos y su cita se considerará perdida.
3. Los pacientes serán responsables de llamar a LAFC con los cambios de número de teléfono. Si un número telefónico está desconectado y pierde la cita, su cita se considerará perdida.
4. SI USTED LLEGA A FALTAR A UNA CITA, usted no podrá obtener otra cita por los siguientes 12 meses.
5. Yo como paciente, entiendo que el copago se debe de pagar en el momento de la cita con EFECTIVO SOLAMENTE. Si no tiene su copago para su cita, asegúrese de avisar la clínica con un adelanto de 24 horas.
6. Yo como paciente, entiendo que los servicios proporcionados por WCTC higiene dental y los estudiantes asistentes están bajo la supervisión de un proveedor de servicios médicos con licencia.

Certifico que toda la información que he proporcionado en la LAFC Solicitud del Paciente es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Le avisaré la LAFC en caso de que mi lugar de residencia, ingresos, y/o seguro cambien.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____