



1700 6th Ave North
Bessemer, Alabama 35020
Phone (205) 434-2031

REGISTRO DE PACIENTES

Nombre del paciente: _____
(Apellido, Nombre)

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____
(Mes, Día, Año)

Programa: No Program (paciente comunitario) Foundry Program Re-entry
 Jimmie Hale/ Jessie's Place Cahaba Valley Otra _____

Dirección: _____
Número Calle

Ciudad Estado Zip

Teléfono y teléfono celular

Contacto de emergencia (nombre y número de teléfono)

Nuestra Clínica

Existimos para atender a las necesidades dentales de los residentes de Foundry, otros residentes del programa de recuperación, y las personas en la comunidad que necesitan acceso a atención dental asequible. Gracias por elegirnos como su proveedor dental. Su presencia nos permite ayudar a otros a obtener la atención dental que necesitan.

Nos complace ofrecer una gama completa de servicios en esta clínica. Por favor, pregúntenos sobre implantes dentales. Nos esforzamos mucho para mantener nuestros costos bajos. Una forma de hacerlo es usando un gran número de voluntarios. La mayoría de nuestros ayudantes de recepción, por ejemplo, son voluntarios de las iglesias locales y de la comunidad. Dado que solo trabajan en ocasiones, y porque muchas personas aquí son residentes de Foundry obteniendo capacitación en el trabajo, no somos tan eficientes como una clínica privada. Le pedimos paciencia en este asunto. Además, la mayoría de nuestros dentistas de la facultad también son voluntarios. ¡Por favor, agradezca cuando los vea por hacer esto posible!

(más)

Nuestras tarifas

El pago debe abonarse en el momento del servicio. Puede pagar por el tratamiento adelantado si lo desea. Los precios para los miembros de la comunidad son ligeramente más altos que para los residentes de Foundry. No aceptamos seguros dentales. Si tiene necesidades complejas de tratamiento dental, pregunte acerca de ser un paciente en la clínica privada del Dr. McCracken; los honorarios en esta clínica están más en línea con las tarifas normales cobradas por los especialistas dentales.

Programación y espera

Nuestra clínica puede quedarse debido a los desafíos de trabajar dentro del horario de la Fundación y servir como una clínica comunitaria. Cuando lleguemos a usted, le daremos atención individual y servicio sin prisas. Si esperar es difícil para usted, o tiene demandas de tiempo apremiantes, puede estar más cómodo en otra clínica.

Teléfonos

Los pacientes a menudo tienen dificultades para comunicarse con nosotros por teléfono. Nuestro teléfono está constantemente ligado con personas que llaman y preguntan por atención dental de bajo costo. En este momento, no podemos permitirnos un complejo sistema telefónico con varias líneas, o un miembro del personal para ejecutarlo. La mejor manera de ponerse en contacto con nosotros es pasar por la clínica en persona; o puede enviarnos un correo electrónico a FoundryDentalCenter@gmail.com.

Entrenamiento de residentes

Muchos de nuestros dentistas están participando en programas educativos, como nuestro curso de capacitación de implantes, o en nuestro programa de residencia de Educación Avanzada en Odontología General (AEGD). Los dentistas de AEGD pasan uno o dos años en este programa después de la escuela de odontología. Otros dentistas sirven como asesores de la facultad para estos residentes. La mayoría de nuestros asistentes dentales están en formación.

Consentimiento

"He leído lo anterior y doy mi consentimiento para que los procedimientos dentales se realicen en mí. Entiendo que algunos de los proveedores de atención están en capacitación. Haré preguntas si las tengo, y me comprometo con el cepillado regular y el cuidado en el hogar para mantener mis dientes en las mejores condiciones posibles".

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Aviso de privacidad

He leído el Aviso de Privacidad y entiendo mis derechos contenidos en este aviso. A través de mi firma, proporciono al Centro Dental de Foundry mi autorización y consentimiento para usar y divulgar mi información de atención médica protegida para las pirposes de tratamiento, pago y operaciones de atención médica como se describe en el aviso de privacidad.

Foundry Dental Center puede divulgar mi información de salud personal a las siguientes personas:

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Policía de cancelación de citas

***Si desea cancelar o reprogramar una cita con una cita dental estándar, notifiquenos con al menos 24 horas de antelación.**

Se cobrará al paciente por citas regulares/no-sedación perdidas cuando no se nos proporcione al menos un aviso de 24 horas será el siguiente:

- **Cita de 1 hora - \$20**
- **Cita de 2 horas - \$40**
- **Cita de 3 horas - \$60**

Los pacientes con 3 o más No-Shows dentro de 6 meses deben pagar las tarifas de No-Show PLUS el costo del procedimiento para el cual están tratando de programar.

***Si desea cancelar o reprogramar una cita dental DE SEDACIÓN, notifiquenos con al menos 48 horas de antelación.**

A los pacientes que NO proporcionen un aviso de cancelación de 48 horas para citas de sedación se les cobrará una tarifa de \$100 sin presentación, deben pagar la tarifa de sedación de \$110 y deben pagar su costo de procedimiento de sedación EN LLENO antes de reprogramar su procedimiento.

He leído y entiendo la Policía de Cancelación de FDC:

Firma del paciente: _____ Date: _____

The Foundry Dental Center
HISTORIAL MEDICO

NOMBRE : _____ **FECHA DE NAC** _____ **FECHA:** _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

Sexo	M	F	
¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	Sí	No	
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	Sí	No	
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?	Sí	No	
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?	Sí	No	
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	Sí	No	Favor de escribirlos en el fondo
¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	Sí	No	
¿Está usted en una dieta especial?	Sí	No	
¿Usa tabaco?	Sí	No	¿Cuánto usa? Paquetes o Cigarrillos a día
¿Usted usa sustancias controladas?	Sí	No	

Mujeres: ¿Está usted

Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No Toma anticonceptivos orales? Sí No Amamantando? Sí No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina Penicilina Codeína Anestesia Local Acrílico Metálico Látex Sulfamida

Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	Sí No	Cortisona	Sí No	Hemofilia	Sí No	Tratamiento con radiación	Sí No
Enfermedad de Alzheimer	Sí No	Diabetes	Sí No	Hepatitis A	Sí No	Pérdida de peso reciente	Sí No
Anafilaxia	Sí No	Droga adición	Sí No	Hepatitis B o C	Sí No	Diálisis renal	Sí No
Anemia	Sí No	Fácilmente pierde el aliento	Sí No	Herpes	Sí No	Fiebre reumática	Sí No
Angina	Sí No	Enfisema	Sí No	Presión arterial alta	Sí No	Reumatismo	Sí No
Artritis/Gota	Sí No	Epilepsia o convulsiones	Sí No	Colesterol alto	Sí No	Escarlatina	Sí No
Válvula del corazón artificial	Sí No	Sangrado excesivo	Sí No	Ronchas o erupción cutánea	Sí No	Herpes	Sí No
Articulación artificial	Sí No	Sed excesiva	Sí No	Hipoglicemia	Sí No	Enfermedad de células falciformes	Sí No
Asma	Sí No	Desmayos/vértigo	Sí No	Latido irregular del corazón	Sí No	Problemas del seno nasal	Sí No
Enfermedad arterial	Sí No	Tos frecuente	Sí No	Problemas de los riñones	Sí No	Espina Bífida	Sí No
Transfusión de sangre	Sí No	Diarrea frecuente	Sí No	Leucemia	Sí No	Enfermedad estomacal/intestinal	Sí No
Problemas respiratorio	Sí No	Dolores de cabeza frecuente	Sí No	Enfermedades del hígado	Sí No	Ataque fulminante	Sí No
Cáncer	Sí No	Herpes Genital	Sí No	Presión arterial baja	Sí No	Hinchazón de las extremidades	Sí No
Quimioterapia	Sí No	Glaucomas	Sí No	Enfermedad pulmonar	Sí No	Enfermedad de las tiroides	Sí No
Dolores en el pecho	Sí No	Fiebre del heno	Sí No	Prolapso de la válvula mitral	Sí No	Amigdalitis	Sí No
Herpes labela/Fiebre Ampollas	Sí No	Ataque/Falta del corazón	Sí No	Osteoporosis	Sí No	Tuberculosis	Sí No
Cardiopatía congénita	Sí No	Soplo cardíaco	Sí No	Dolor en la articulación	Sí No	Tumores o crecimientos	Sí No
Convulsiones	Sí No	Marcapasos en el corazón	Sí No	de la quijada		Úlceras	Sí No
		Problemas/Enfermedad del corazón	Sí No	Enfermedad paratiroidea	Sí No	La ictericia amarilla	Sí No
				Atención Psiquiátrica	Sí No		

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No En case afirmativo, sírvase explicar:

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor:

Fecha:



MEDIA CONSENT

Patient Name: _____

Date: _____

I hereby consent to the participation in interviews, the use of quotes, and the taking of photograph, movies, or video tapes for the Foundry Dental Center. I also grant the right to edit, use, and reuse said products for nonprofit purposes including use in print, on the internet, and all other forms of media. I also hereby release the Foundry Dental Center and its agents and employees from all claims, demands, and liabilities whatsoever in connection with the above.

Patient Signature: _____ Date: _____

Witness Signature: _____ Date: _____

Por la presente doy mi consentimiento para la participación en entrevistas, el uso de citas y la toma de fotografías, películas o cintas de video para el Centro Dental de Foundry. También concedo el derecho de editar, usar y reutilizar dichos productos con fines sin fines de lucro, incluido el uso en impresión, en Internet y todas las demás formas de medios. También libero al Centro Dental de Foundry y a sus agentes y empleados de todas las reclamaciones, demandas y responsabilidades en relación con lo anterior.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____