



**OFFICE USE ONLY:**

Date Received: \_\_\_\_\_

Appt Date and Time: \_\_\_\_\_

Appt Location: \_\_\_\_\_

Appt Info Text Sent: \_\_\_\_\_

## Formulario de Solicitud de Atención Integral

**Esta solicitud DEBE ser completada por el paciente, a menos que el paciente sea menor de edad (<18 años).**

Nos complace brindar atención dental a nuestros amigos y vecinos que lo necesiten. Podemos brindar este servicio a nuestra comunidad debido al arduo trabajo de nuestro personal dental y las contribuciones financieras de fundaciones locales, filantropías y donantes a Smiles of Faith. El cuidado brindado es un don que se hace disponible mediante el sacrificio de los demás. Estos recursos son limitados. Es importante reconocer que la aceptación en el programa dental no es una garantía. Por lo tanto, tómese el tiempo para completar los formularios requeridos cuidadosamente.

**\*\*Solo se procesarán las solicitudes completadas\*\***

Cada formulario se revisará una vez recibido y los pacientes se seleccionarán en función de las necesidades del paciente, la disponibilidad de citas y la disponibilidad de recursos. Se le notificará para programar una cita.

---

### Lista de verificación de la aplicación:

- Solicitud para el paciente de Smiles of Faith (Página 2 - Completamente llenada con firma y fecha)
- Contrato de Responsabilidad del Paciente de Smiles of Faith (página 3 - Leer, firmar y fechar)
- Política de Reconocimiento de Citas Perdidas/Canceladas (Página 4 - Leer, Firmar y Fechar)
- Consentimiento General y Política de Privacidad (Páginas 7 y 8 – Leer, Firmar y Fechar)
- Devuelva la solicitud completada al personal de Smiles of Faith (por correo, correo electrónico o en persona)

Sonrisas de Fe 1301 S Boston Ave Tulsa, OK 74119

Correo electrónico: [info@SmilesOfFaith.org](mailto:info@SmilesOfFaith.org)

---



### Información del solicitante:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Raza:** (Círculo) Afroamericano / Asiático / Caucásico / Hispano / Nativo Americano /  
Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor, explique la razón por la que está solicitando ayuda de Sonrisas de Fe:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necesidades dentales:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tienes un dentista actual?  Sí No

¿Cuánto tiempo ha pasado desde tu última limpieza?

\_\_\_\_\_

¿Tiene Medicaid / Soonercare?  Sí No

¿Tiene otro seguro dental o algún otro medio para pagar la atención dental? Sí:  No:

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



## **Contrato de Responsabilidad del Paciente**

**I. En caso de que Sonrisas de Fe me acepte como destinatario de los servicios dentales donados, acepto que es mi responsabilidad de:**

- A. Obtener mi propio transporte y cuidado de niños en preparación para las citas dentales.
- B. Llegar a tiempo o temprano y no cancelar ni transferir ninguna cita dental, a menos que haya llamado y recibido permiso del personal de Smiles of Faith.
- C. Sea cortés y cooperativo con el personal de Sonrisas de Fe y el personal voluntario del consultorio dental.
- D. Seguir las instrucciones de los dentistas y el personal durante el tratamiento y una vez finalizado el tratamiento para preservar y mantener mi salud dental, incluida la práctica de procedimientos regulares de higiene dental.

**\*Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_

**\*Fecha:** \_\_\_\_\_

**II. Al firmar esta sección del Contrato de Responsabilidad del Paciente, reconozco que no tengo seguro dental ni ningún otro medio para pagar mis necesidades dentales.**

**\*Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_

**III. Entiendo que puedo ser cancelado del programa Smiles of Faith en cualquier momento si he falsificado cualquier información en la solicitud de servicios, o si no mantengo este acuerdo. Smiles of Faith se reserva el derecho de rescindir el contrato entre un cliente y Smiles of Faith a su discreción.**

**\*Firma del paciente/tutor:** \_\_\_\_\_



## Citas canceladas y perdidas

El tiempo en la clínica es el recurso más valioso que Sonrisas de Fe tiene para ofrecer a la comunidad. Es de suma importancia que los pacientes estén presentes para las citas a las que han acordado o programado.

**Faltar a más de una cita programada resultará en la expulsión del programa dental.**

Las citas pueden ser reprogramadas en caso de una emergencia **SI** el paciente notifica a la clínica al menos **24 horas** antes de la hora de su cita.

Las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas de anticipación se considerarán una cita perdida. Esto resultará en el despido del paciente si ocurre más de una vez.

Los pacientes deben llegar a tiempo a su cita programada. **Si el paciente llega más de 15 minutos tarde, se considerará una cita perdida.** Esto dará lugar a la desestimación si se produce más de una vez.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Alcance de la atención

Smiles of Faith ofrece servicios dentales básicos gratuitos. El objetivo principal de la clínica es ayudar a facilitar una línea base de salud bucal, libre de infecciones y pan. Los servicios prestados se describen a continuación.

Exámenes

Radiografías

Rellenos

Extracciones simples

Limpiezas

Limpiezas profundas

\*\* Los pacientes **DEBEN** tener al menos 7 años de edad para recibir atención. \*\*

\*\* La sedación y el nitroso (gas de la risa) **NO están** disponibles. \*\*



## Formulario de evaluación de salud para adultos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### NECESIDADES GENERALES:

Me gustaría obtener más información sobre cómo ayudar con lo siguiente: (Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda).

- Víveres
- Vivienda
- Ropa
- Medicamentos
- No se necesita ayuda
- Otro: \_\_\_\_\_

### PREOCUPACIONES DE SEGURIDAD: (Marque todo lo que corresponda)

- Hay alguien en mi vida a quien le tengo miedo.
- Siento como si estuviera en peligro inmediato.
- Hay alguien en mi vida que me está haciendo daño.

### NECESIDADES ESPIRITUALES:

1. ¿Te consideras parte de una comunidad religiosa?      SÍ      NO
2. ¿Te gustaría hablar con alguien sobre tu fe?      SÍ      NO
3. ¿Te gustaría que oráramos contigo?      SÍ      NO
4. ¿Tienes alguna otra preocupación espiritual? \_\_\_\_\_



## Consentimiento general para el tratamiento dental

Por favor, lea y firme a continuación. No dude en hacer cualquier pregunta. Es posible que se requieran formularios de consentimiento adicionales para tratamientos específicos.

### **Historial médico:**

Confirmando que he proporcionado un historial médico preciso, incluidas alergias, reacciones previas y condiciones de salud.

### **Exámenes y radiografías:**

Entiendo que las radiografías son necesarias para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.

### **Cambios en el tratamiento:**

Doy mi consentimiento para cualquier cambio necesario o procedimientos adicionales descubiertos durante el tratamiento, después de consultar con el dentista.

### **Medicamentos y anestesia:**

Entiendo que los medicamentos recetados, incluidos los antibióticos, pueden causar efectos secundarios o reacciones alérgicas. Doy mi consentimiento a la anestesia recomendada.

Reconozco que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales.

### **Higiene bucal: Entiendo**

la importancia del cuidado adecuado en el hogar y las limpiezas profesionales de rutina para mantener la salud bucal.

### **Tratamiento dental: Reconozco**

que la odontología no es una ciencia exacta y que los resultados no se pueden garantizar. Cada dentista es el único responsable de la atención que brinda.

### **Incidentes de exposición: Entiendo**

que, a pesar de las precauciones, puede ocurrir una exposición accidental a mi sangre o fluidos corporales, y es posible que se me pida que dé mi consentimiento para las pruebas por la seguridad del proveedor.

### **Información para el paciente:**

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_



## Política de privacidad de Smiles of Faith

Su privacidad es importante para nosotros. Estamos comprometidos a proteger su información personal y de salud.

- **Sus derechos:** Tiene derecho a la privacidad con respecto a su información dental y médica.
- **Cómo usamos su información:** Solo usaremos o compartiremos su información médica protegida (PHI) para proporcionar y coordinar su atención dental.
- **No se comparte con terceros:** No compartiremos su PHI con ninguna persona, empresa o entidad por ningún motivo que no sea continuar con su tratamiento, excepto según lo exija la ley.
- **Excepciones legales:** En ciertas situaciones, es posible que debamos compartir su PHI sin su consentimiento, entre ellas:
  - **Salud y seguridad públicas:** informar sobre enfermedades infecciosas, reacciones adversas a medicamentos o exposición a peligros para la salud.
  - **Solicitudes legales y de aplicación de la ley:** cumplir con órdenes judiciales, citaciones o leyes de informes obligatorios (por ejemplo, casos de abuso o negligencia).
  - **Auditorías regulatorias y de cumplimiento:** proporcionar información a las agencias gubernamentales para el cumplimiento de las leyes de atención médica.
  - **Situaciones de emergencia:** cuando la divulgación es necesaria para prevenir amenazas graves a la salud o la seguridad.
- **Acceso a la política:** Una copia de esta política de privacidad está disponible a pedido.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha sido informado de nuestras prácticas de privacidad y da su consentimiento para el uso de su información para el cuidado dental.

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_