



Patient Name: _____

Patient DOB: _____

Appt Date / Time / Location: _____

Formulario de solicitud de atención dental 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 Sonrisas de Fe. El cuidado brindado es un regalo que está disponible por la entrega sacrificial de otros. 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 completas****

Cada formulario se revisará al recibirlo y los pacientes serán seleccionados en función de la necesidad del paciente, la disponibilidad de citas y la disponibilidad de recursos. Se le notificará para programar una cita.

Devuelva la solicitud completa al personal de Sonrisas de Fe

(Las solicitudes se pueden devolver por correo, correo electrónico o en persona)

Sonrisas de fe 1301 S Boston Ave

Tulsa, OK 74119

Correo electrónico: info@SmilesOfFaith.org | Website: www.smilesoffaith.org

Alcance de la atención

Sonrisas de Fe brinda servicios dentales básicos gratuitos a pacientes que **NO TIENEN SEGURO DENTAL**. El objetivo principal de la clínica es ayudar a facilitar una línea de base de salud bucal, libre de infecciones y pan. Los servicios prestados son:

Exámenes dentales, radiografías, empastes, extracciones simples y limpiezas

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

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



Información del solicitante:

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Sexo: _____ Edad: _____

Domicilio:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:

Teléfono: _____ Correo electrónico:

Raza: (Círculo) Afroamericano / Asiático / Caucásico / Hispano / Nativo americano / Otro:

Por favor, explique sus necesidades dentales:

¿Tiene 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: _____

Historial de salud del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque con un círculo cualquiera de los que correspondan:

Reflujo ácido/ERGE	Glaucoma	Radioterapia
Asma	SIDA o VIH	Crecimientos
Problemas respiratorios	Anemia	Fiebre del heno
Problemas de sinusitis	Traumatismos craneoencefálicos	
Soplo cardíaco		
Articulaciones artificiales	Enfermedad cardíaca	Artritis
Enfermedad de la sangre	Hepatitis (A, B, C, D, E)	Apnea del sueño
Uso de bifosfonatos	Accidente cerebrovascular	Fiebre reumática
Enfermedad ósea	Ictericia	Reumatismo
Cáncer	Enfermedad renal	Tuberculosis
Diabetes	Enfermedad hepática	Enfermedad venérea
Mareos o desmayos	Trastornos mentales	Úlceras estomacales
Epilepsia	Trastornos nerviosos	Presión arterial alta
Sangrado excesivo	Marcapasos	Problemas de tiroides

Medicamentos actuales o adjuntar lista de medicamentos:

Medicación	Dosificación	Afección que se está tratando

Escriba cualquier medicamento adicional en el reverso de este papel.

¿Es alérgico a algún medicamento? SÍ NO

¿Tienes alguna afección médica que requiera una premedicación? SÍ NO NO ESTOY SEGURO

¿Consumes productos de tabaco? SI NO

¿Has tenido alguna complicación después de un tratamiento dental? SI NO

¿Tiene un médico de atención primaria? SI NO

¿Tiene algún problema de salud que necesite más aclaración? SI NO (en caso afirmativo, por favor descríbalos) _____

Estas respuestas que he dado son verdaderas hasta donde yo sé.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Firma del dentista: _____ Date: _____



Contrato de responsabilidad del paciente

Al firmar a continuación, acepto lo siguiente si soy aceptado para servicios dentales donados:

1. Nombramientos y conducta

- Organizar mi propio transporte y cuidado de niños en preparación para las citas dentales.
- Llegue a tiempo y no cancele sin notificar al personal de Smiles of Faith.
- Sea cortés y cooperativo con el personal y los voluntarios.
- Siga las instrucciones del tratamiento y mantenga una buena higiene dental.

2. Elegibilidad

- Confirmando que no tengo seguro dental u otros medios para pagar la atención dental.

3. Terminación

- Entiendo que los servicios pueden finalizar si proporciono información falsa o no cumpla con este acuerdo. Smiles of Faith puede cancelar los servicios a su discreción.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Citas canceladas y perdidas

Sonrisas de Fe brinda atención dental gratuita y el tiempo en la clínica es nuestro recurso más valioso. Para garantizar que podamos atender a tantas personas como sea posible, los pacientes deben cumplir con sus citas programadas.

- **Citas perdidas:** Faltar a más de una cita resultará en la expulsión del programa.
- **Cancelaciones:** Las citas pueden reprogramarse solo en caso de emergencia, y debe notificar a la clínica con al menos 24 horas de anticipación. Las cancelaciones con menos de 24 horas de anticipación contarán como una cita perdida.
- **Llegadas tardías:** Los pacientes que lleguen más de 15 minutos tarde se considerarán una cita perdida. Esto resultará en el despido si ocurre más de una vez.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____



Consentimiento general para el tratamiento dental

Lea y firme a continuación. No dude en hacer preguntas. Es posible que se requieran formularios de consentimiento adicionales para tratamientos específicos.

Al firmar a continuación,

- Confirmando que he proporcionado un historial médico preciso, incluidas las alergias y las afecciones.
- Entiendo que se necesitan exámenes y radiografías para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.
- Doy mi consentimiento para los cambios de tratamiento necesarios o procedimientos adicionales después de consultar con el dentista.
- Entiendo que los medicamentos y la anestesia pueden causar efectos secundarios o reacciones alérgicas. También entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos orales.
- Acepto practicar el cuidado adecuado en el hogar y asistir a limpiezas profesionales de rutina.
- Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y no se pueden garantizar los resultados. Cada dentista es responsable de su propio cuidado.
- Entiendo que puede ocurrir una exposición accidental a mi sangre o fluidos, y es posible que se me pida que dé mi consentimiento para realizar pruebas de seguridad del proveedor.

Política de privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal y de salud. Una copia de esta política está disponible a pedido.

- **Sus derechos:** Tiene derecho a la privacidad con respecto a sus registros dentales y médicos.
- **Uso de la información:** Su información médica protegida (PHI) solo se usará o compartirá según sea necesario para su atención dental.
- **No compartir:** No compartimos PHI con otros, excepto según lo exija la ley.
- **Excepciones:** La divulgación sin consentimiento puede ocurrir para:
 - Informes de salud pública y seguridad
 - Órdenes judiciales o informes obligatorios (por ejemplo, abuso)
 - Auditorías de cumplimiento gubernamental
 - Emergencias para prevenir daños graves

Al firmar, usted reconoce estas prácticas y acepta el uso de su información para el cuidado dental.

Signature: _____ Fecha de nacimiento: _____



Formulario de evaluación de salud para adultos (opcional)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Necesidades generales

Marque todo lo que corresponda (solicite nuestra lista de recursos comunitarios si es necesario):

- ☐ Víveres
- ☐ Vivienda
- ☐ Ropa
- ☐ No se necesita ayuda
- ☐ Otro: _____

2. Preocupaciones de seguridad

- ☐ Hay alguien en mi vida a quien le tengo miedo.
- ☐ Siento que estoy en peligro inmediato.
- ☐ Hay alguien en mi vida que me está lastimando.
- ☐ No tengo preocupaciones de seguridad.

3. Necesidades espirituales

¿Te consideras parte de una fe o comunidad religiosa? ☐ Sí ☐ No

¿Te gustaría hablar con alguien sobre tu fe? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguna inquietud espiritual con la que podamos ayudar? ☐ Sí ☐ No

Enumérelas aquí: _____