



## Clinica de Adulto Dental Paquete de Nuevo Paciente

Nuestra Clinica sin fines de lucro provee cuidado dental gratis a los residentes calificados de los condados de Fairfield, Lexington y Richland. Nuestro objetivo es proveer atencion de calidad a tantos pacientes como sea posible por lo tanto le pedimos su ayuda para hacer productivo su tiempo con nosotros.

### LLEGAR PREPARADO:

- Lea el paquete adjunto para elegibilidad.
- Recojer o brindar pruebas de documentacion para calificar.
- Completar el paquete antes de su llegada.
- Completar historia de salud con documentacion exacta.

### LLEGUE A TIEMPO:

Las citas están disponibles para el tratamiento con el dentista.

### PERMANEZCA EN LA CLINICA:

Preparese para permanecer en la clínica durante varias horas. Tomar su medicamento según lo prescrito por su médico y tener una comida nutritiva antes de la llegada. Todos los pacientes se les pide que permanezcan en la Clínica hasta que su tratamiento se haya completado. El médico le verá tan pronto como sea posible.

Por seguridad no brinde niños a la Clinica.

<b>Well Partners Adult Dental Clinic</b> Richland County Health Department 2000 Hampton Street, Suite 3145 Columbia, SC 29204, telefono : 803.888.1690 Horas: Lunes—Jueves 8:30 A.M.—5:00 Viernes 8:30 A.M.—12:00 P.M.	<b>Well Partners Adult Dental Clinic</b> Lexington County Health Department Red Bank Crossing 1070 South Lake Drive, Suite B Lexington SC 29073 Telefono: 803.785.6653 Horas: Lunes 8:30 A.M.—5:00 P.M. Martes 12:30 P.M.—4:00 P.M. Jueves 12:30 P.M.—5:00 P.M.
--	--



## CLINICA DE ADULTO DENTAL

### **LISTA DE CONTROL DE ELEGIBILIDAD**

Para cumplir con la elegibilidad, debe proporcionar a la clínica los siguientes documentos en su primera visita:

1. PAQUETE DE REFERENCIA PARA ADULTOS
  - Completa y precisa llenado y firmado
2. FOTO DE IDENTIFICACION DE CAROLINA DEL SUR:
  - Identificación de Carolina del Sur o licencia de conducir.
3. DOCUMENTACION PARA VERIFICAR ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE:
  - 18 años de edad o mayores (licencia o ID )
  - Ser residentes de los condados de Fairfield, Lexington or Richland.(su licencia o ID)
  - Bajos ingresos ( $\leq$  200% de nivel de pobreza)
  - No tener **aseguranza dental**.

**Usted debería presentar al menos alguno de los siguientes documentos o verificar los ingresos bajos y sin seguro dental:** Los siguientes son ejemplos de documentación aceptable para verificar su elegibilidad

- Talones de cheque) para el tratamiento del paciente
- W-2
- Tarjeta de Medicaid or verificacion de SNAP beneficios (EBT tarjeta )
- Verificación de ingresos del Seguro Social, SSI por discapacidad, pensión o ingresos de jubilación VA
- Si usted no trabaja pero vive en la casa con alguien que recibe cualquiera de los anteriores, los ingresos de ellos deben de ser verificados.
- Si vive en un hogar y alguien paga sus gastos, debe proporcionar una declaración escrita: especificar la cantidad pagada mensualmente, firmado por usted y por la persona que paga los gastos.



**CLINICA DE ADULTO DENTAL  
REGISTRO Y HISTORIA DE SALUD**

**INFORMACION PERSONAL:**

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

<b>Nombre :</b> _____ _____	<b>Dirreccion de la casa:</b> _____ _____ <b>Tel #:</b> _____	<b>Dirreccion del trabajo:</b> _____ _____ <b>Tel #:</b> _____	<b>Licencia de conducir de SC: SI o No</b> <b>#:</b> _____  <b>Identificacion de SC: Si o No</b> <b>#:</b> _____
<b>Seguro Social #:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento</b> _____	<b>Ocupacion :</b> _____ _____	<b>Medicaid: SI O No</b> <b>#:</b> _____ <b>Medico/Aseguranza Dental : SI o No</b>
<b>Educacion : Encierre una</b>  Elementary High School Universidad Masters/Doctorate	<b>Raza : Encierre una</b>  Asiatico Negro Hispanic/Latino Native American Blanco Otro	<b>Sexo: Encierre una</b> Masculino Femenino  <b>Estado marital : encierre una</b> Soltero Casado Viudo Divorciado	<b>Su Doctor :</b> <b>Nombre , dirreccion o telefono #:</b> _____ _____ _____  <b>Dia de la ultima visita:</b> _____ <b>Tratado por:</b> _____ _____  <b>Fecha del ultimo examen o visita con su Dr:</b> _____  <b>Su peso :</b> _____  <b>Su estatura :</b> _____
<b>Contacto de emergencia:</b> Nombre : _____  Tel #: _____	<b>Parientes cercanos :</b> Nombre: _____  Tel #: _____	<b>Nombre del ultimo Dentista:</b> _____ <b>Dia de la visita:</b> _____  <b>Tratado por:</b> _____ _____ _____	<b>Ha usado el salon de emergencia s por problemas dentales:</b>  <b>Dia de la ultima visita:</b> _____  <b>Tratado por:</b> _____

## INFORMACION MEDICA

**LISTA DE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES** (o de la lista de medicamentos a los miembros de la clinica):

---



---



---



---



---



---



---

**\*\*\* Por favor, tome sus medicamentos prescritos según las indicaciones antes de venir a la clínica \*\*\***

**MARQUE SI / NO**

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS QUE LE APLICAN.

SI	NO	
		Esta tomando medicamentos?
		Es alergico a algun medicamento?
		Ha estado gravemente enfermo en los últimos cinco años
		Ha estado hospitalizado o a tenido alguna seria enfermedad?
		¿Ha sido informado por un médico que tiene que ser premedicado para el tratamiento dental? Encierre la razón: <b>Corazón Artificial válvula. Artificial conjunta</b> Otro: _____
		Tiene tos persistente?
		A convivido o trabajado con alguien que haya tenido tuberculosis?
SI	NO	↓ <b>PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES</b> ↓
		Esta embarazada? Si lo esta cuantos meses?
		Esta tomando pastillas de planificar?
		Esta usted o ha tenido menopausia?
		Esta o ha tomado algun medicamento para osteoporosis?

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**MARQUE SI/ NO**

USTED TIENE O HA TENIDO, ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?

SI	NO		SI	NO	
		AIDS/VIH ( SIDA) positivo			Problemas de Corazon or Soplo
		Alergias: lista _____ _____ _____			Ataque cardiaco: Fecha: _____
		Anemia: tipo _____ _____			Hepatitis: tipo _____  Fecha _____
		Arthritis/Reumatismo			Presion Alta (hypertension) Presion Baja (hypotension)
		Trastornos de la coagulación			Ronchas o sarpullido
		Enfermedad de la sangre			Enfermedad de riñón
		Transfusión de sangre			Enfermedad del hígado
		Cancer or Tumor: tipo—			Reemplazo de la articulación
		Quimioterapia/Radiacion: Fecha—			Problemas psicologicos

		Dolores en el pecho (angina)			Fiebre Reumatica /Enfermedad corazón reumatoide.
		Lentes de contacto			Problemas de sinusitis
		Cortisona/tratamiento de esteroides			Falta de aire
		Diabetes (Azucar ): Encierre el tipo: Tipo 1 (insulina) Tipo 2 (dieta controlada)			Válvula de corazón, corazón del stent, marcapasos. Fecha :
		Drugas/Adiccion al alcohol			Estomago /desordenes intestinales (ulceras)
		Drogas Reaction			Derrame
		Epilepsia (Convulsiones) o Paralysis: Tipo—			Hinchazon de manos o pies
		Desorden de alimentacion : Tipo—			Enfermedad de la Tiroides
		Desmayos (frecuentes)			Tuberculosis (TB)
		Dolores de cabeza (frecuenest)			Enfermedad de los pulmones - Efisema
		Lesiones en la cabeza: Fecha: —			Enfermedad venerea

**En los dos ultimos años, a tomado alguna de estos MEDICAMENTOS?**

SI	NO		SI	NO	
		Antibioticos (Penicillina, Zithromax Z-pak, INH, Rifampin, Tetracycline, etc.)			Insulina (diabetes medicamento)
		Anticoagulantes (diluyentes de la sangre: Coumadin, Plavix, etc.)			Presion alta medicamento: Lista—
		Medicamentos para dolor o antiflmatórios (Cortisone steroid injections, Prednisone)			Corazon medicamento (Digital, Nitroglycerina, etc.) List—
		medicamentos no esteroides (aspirina, ibuprofeno, Advil, etc.)			Osteoporosis medicamento (Fosamax, Boniva, Hormone replacement meds.)
		Antihistamínicos (Benadryl, etc.)			Tranquilizantes or ayuda para dormir: lista—
		Sulfamidas			

Otra condición (s) que el médico debe tener en cuenta antes de su cuidado:

\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**MARQUE SI / NO** ES USTED ALERGICO, o ha tenido alguna **REACCION ADVERSA**, a alguno de estos medicamentos:

SI	NO		SI	NO	
		Antibioticos (penicillina, tetracycline, etc			Las sulfamidas.
		Los barbitúricos, píldoras para dormir, sedantes , etc.			Anestésicos locales.
		Yodo.			Latex.
		Narcoticos (codeina, etc.)			Otro:

## INFORMACION DENTAL

**MARQUE SI/ NO**

**USTED TIENE, O A TENIDO, ALGUNO DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DENTALES?**

SI	NO		YES	NO	
		Severo dolor dental			Usted cepilla sus dientes menos de dos veces al día?
		Miedo al dentista o tratamiento dental?			Usa hilo dental menos de una vez por día?
		Rechinar o apretar los dientes con frecuencia?			Alguna vez le han dicho que tiene enfermedad de las encías?
		Dolor cuando abre o cierra la boca?			¿Alguna vez ha tenido una cirugía periodontal (de las encías)?
		Sabor desagradable o mal olor en la boca?			Ultima fecha de la limpieza Dental:
		Sangramiento de las encías cuando se cepilla o / usa hilo dental			Ha notado algun movimiento de los dientes?
		Hinchazon			Alguna vez a usado frenillos?
		Sangrado prolongado después de la extracción del diente?			Tiene sensibilidad a lo caliente, frio, o dulce?
		Adverso (malo) reacción a la anestesia dental (novocaína)			¿Ha notado algún cambio de coloración o condiciones inusuales de sus dientes, encías, boca o tejido?
		Uso del Tabaco - PUEDE LLEVAR A SITUACIONES DENTALES: Fuma? # paquete _____ Mastica? _____ Frecuencia _____			Otro : _____ _____ _____

Firma \_\_\_\_\_

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

**PERSONAL DE LA CLINICA SOLAMENTE: Salud Actualización de la historia**




**CLINICA DE ADULTO DENTAL**

**POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS**

- \* Los pacientes adultos se definen de 18 años o más.
- \* No se permiten niños en la clínica durante las horas de la clínica de adultos.
- \* Los pacientes adultos deben traer documentación de elegibilidad como anteriormente se describe en la lista de verificación
- \* Pacientes deben vivir en los condados de **Fairfield**, **Lexington**, or **Richland** y buscar tratamiento en la Clínica donde ellos residan .

<b>Residentes de Lexington</b>	<b>Fairfield and Richland County Residents</b>
<u>Ubicación:</u> WellPartners Lexington County Health Department Red Bank Crossing 1070 South Lake Drive, Suite B Lexington, SC 29073 Tel: 803.785.6653	<u>Ubicación :</u> WellPartners Richland County Health Department 2000 Hampton Street, Suite 3145 Columbia, SC 29204 Tel: 803.888.1690
<u>Parqueo :</u> Gratis	<u>Parqueo :</u> Estacionamiento publico medido ; Por favor brinde cambio para el metro
<u>Horas de la Clinica:</u> Lunes: 8:30 A.M. – 5:00 P.M. Martes: 12:30 P.M. – 4:00 P.M. Jueves : 12:30 P.M. – 5:00 P.M.	<u>Horas de la Clinica :</u> Lunes –Jueves: 8:30 A.M. – 5:00 P.M. Viernes: 8:30 A.M. – 12:00 P.M.
Por favor planee estar varias horas en la Clínica. El Doctor lo vera lo mas pronto posible.	
Los cierres de Clínicas: Las clínicas permaneceran cerradas todos los feriados del Condado . Se colocará un aviso previo a los demas dias de cierre.	



**CLINICA DE ADULTO DENTAL**

**POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS**

Nuestra Clínica dental está diseñada principalmente para el tratamiento básico de prevención, tratamiento restaurador, y la atención de emergencia. Estos servicios serán proporcionados, siempre y cuando haya fondos disponibles. **Emergencias Dentales** se definen como dolor en la boca, infección o trauma.

**Procedimientos proveídos :**

- Eligibilidad/Examen de emergencia
- Radiografías (rayos –X )
- Limpieza dental basica (una vez al año)
- Tratamiento de restauración básica (empastes o rellenos)
- Extracciones quirúrgicas sencillas y no complicadas

**Procedimientos que no se proveen:**

- Tratamiento de nervios
- Coronas /Puentes
- Dentaduras /Parciales
- Extracciones quirurgicas complicadas. / (Muelas del juicio, los dientes o raíces impactado

**Sin Sedación:**

El óxido nitroso, conocido como "gas de la risa" no está disponible en cualquiera de nuestras clínicas dentales

**No hay exámenes Integrales:**

Debido al tiempo y recursos limitados, exámenes dentales detallados no están disponibles para: procedimientos médicos aclaramiento dental para cirugía dental despacho exámenes periodontales integrales militares.

**El dentista se reserva el derecho de rechazar o posponer el tratamiento al :**

- El paciente que esta bajo la influencia (alcohol o drogas de cualquier tipo).
- El paciente que tiene un historial médico complicado o de alto riesgo que requiere tratamiento de una enfermedad.
- Establecimiento de atención (hospital o un cirujano oral).
- El paciente que tiene una infección que puede impedir la anestesia adecuada.
- El paciente que tiene un procedimiento complicado que requiere especialista -----

He leído o alguien me ha leído las políticas de este programa para mí. Entiendo las políticas y procedimientos y autorizo a mi mismo a ser tratado por el dentista y / o higienista empleado por la comunidad de Partners de las Midlands, LLC, WellPartners adultos Clínicas Dentales

Firma / Marca del Paciente

Fecha





## CLINICA DENTAL DEL ADULTO

Well Partners Adult & Children’s Dental Clinics  
Lexington County Health Department  
Red Bank Crossing  
1070 South Lake Dr., Suite B  
Lexington, SC 29073

Well Partners Adult Dental Clinic  
Richland County Health Department  
2000 Hampton Street, Suite 3145  
Columbia, SC 29204

## ACUSE DE RECIBO -- AVISO DE PRIVACIDAD

Usted puede negarse a firmar este acuse de recibo.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído, y /o  
(Su nombre ) Solicitó una copia del Aviso de prácticas de privacidad de la oficina

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Se intentó obtener acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad pero no se pudo obtener porque:

- El individuo se rehusó a firmar .
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener la confirmación .
- Una situación de emergencia nos impidió obtener la confirmación .
- Otro , especifique por favor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Voltee la página para leer Aviso de Prácticas de Privacidad →

# AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A LA MISMA. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

**NUESTRA OBLIGACION LEGAL:** Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos con respecto a su información médica. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigor. Este aviso está ahora en vigor y permanecerá así hasta que lo reemplacemos. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos del aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda la información médica que mantenemos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, así cambiamos la Notificación e hicimos el nuevo Aviso disponible bajo petición. Usted puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, por favor pongase en contacto con nosotros usando la información anterior.

**USOS Y DISCOSURES DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:** Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo Podemos utilizar y divulgar información sobre su salud para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo —

**Tratamiento :** Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro profesional de la salud para su tratamiento.

**Pago:** En la actualidad, los programas proporcionan servicios de forma gratuita. Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos.

**Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o cualificación de las profesiones sanitarias, la evaluación profesional y desempeño de los proveedores, la realización de programas de capacitación, acreditación, certificación, concesión de licencias o credenciales actividades.

**Su autorización :** Además de nuestro uso de su información de salud para el tratamiento, pago o cuidado de la salud, puede darnos la autorización por escrito para usar su información de salud, o para revelarla a cualquiera para su uso o revelaciones permitidos por su autorización mientras estuvo en vigor. A menos que usted nos da una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por cualquier motivo, excepto los descritos en el Aviso

**Para su familia y Amigos:** Tenemos que divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección Derechos de los Pacientes de este aviso. Podemos revelar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero sólo si se acepta que podemos hacerlo.

**Las personas involucradas en Cuidado:** Podemos usar o divulgar información médica para notificar, o ayudar en la notificación (Incluyendo la identificación o localización) un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o muerte. Si no está presente, entonces antes de su uso o divulgación de su información de salud, le proporcionará la oportunidad de oponerse a tales usos o divulgación. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación usando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables hacia su mejor interés al permitir a una persona a recoger sus recetas, suministros médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud

**Mercadeo de Servicios Relacionados con la Salud:** No vamos a utilizar su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización por escrito.

**Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información médica cuando sea requerido por la ley.

**Abuso o Negligencia:** Podemos revelar su información médica a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud en la medida necesaria para evitar la grave amenaza para su salud o seguridad, o la salud o la seguridad de los demás.

