

# WEE Dental

## PATIENT INFORMATION / INFORMACION DE PACIENTE

Last Name / Apellido		First Name / Primer Nombre		Middle Name / Medio Nombre		Maiden Name / Apellido Materno	
Birthdate / Fecha de Nacimiento		Gender / Genero	Social Security No. / Seguro Social		Marital Status / Estado Civil		
Mailing Address / Direccion de Correo			Apt # / # de Apartamento	Street Address / Direccion de Apartado Postal			
City / Ciudad			State / Estado	Zip /Codigo Postal		Home Phone / Telefono de Casa (      )	
Occupation / Ocupacion	Employer Name / Nombre de Empleo			Employer Address / Domicilio de Empleo			
				Phone No. / Telefono (      )			

## GUARANTOR INFORMATION (Person responsible for payment) / INFORMACION DE PARSONA RESPONSABLE POR PAGO

Last Name / Apellido		First Name / Primer Nombre		Middle Name / Medio Nombre		Maiden Name / Apellido Materno	
Birthdate / Fecha de Nacimiento		Gender / Genero	Social Security No. / Seguro Social		Marital Status / Estado Civil		
Mailing Address / Direccion de Correo			Apt # / # de Apartamento	Street Address / Direccion de Apartado Postal			
City / Ciudad			State / Estado	Zip /Codigo Postal		Home Phone / Telefono de Casa (      )	
Occupation / Ocupacion	Employer Name / Nombre de Empleo			Employer Address / Domicilio de Empleo			
				Phone No. / Telefono (      )			

## EMERGENCY INFORMATION (Person not residing in the same household) / INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA (Persona no viviendo en misma casa)

Relationship to Patient / Relacion con el Paciente	Last Name / Apellido		First Name / Primer Nombre		Middle Initial / Medio Nombre	
Street Address / Domicilio	Apt. No. / Numero de Apartamento		City / Ciudad	State / Estado	Zip / Codigo Postal	
Home Phone or Cell / Telefono de Casa o Celular				Work Phone / Telefono de Empleo		

## INSURANCE INFORMATION (List all insurance plans you have) / INFORMACION DE ASEGURANZA (Anote todos planes de aseguranza que tenga)

Name of Insurance Company #1 / Nombre de Compania de Aseguranza	Group No. / Numero de Grupo	Name of policy holder / Nombre de Asegurado	Social Security No. / Nombre de Seguro Social
Name of Insurance Company #2 / Nombre de Compania de Aseguranza	Group No. / Numero de Grupo	Name of policy holder / Nombre de Asegurado	Social Security No. / Nombre de Seguro Social
Name of Insurance Company #3 / Nombre de Compania de Aseguranza	Group No. / Numero de Grupo	Name of policy holder / Nombre de Asegurado	Social Security No. / Nombre de Seguro Social

**CONDITIONS TO TREATMENT:**

**1. CONSENT TO TREATMENT:** The undersigned hereby consents to the administration and performance of all diagnostics procedures and treatment which in the judgment of my physician, may be considered necessary or advisable. I further agree that if I decide to leave **Avenal** Community Health Center without the written consent of my attending physician, neither said physician nor **Avenal** Community Health Center shall be liable for the consequences of such action.

**2. RELEASE OF INFORMATION:** To the extent necessary to determine liability for payment and to obtain reimbursement I authorize **Avenal** Community Health Center to release portions of my records, including my medical records, to any person, organization, or agency which is or may be liable for all or any portion **Avenal** Community Health Center's charges including but not limited to insurance companies, health care service plans, worker's compensation, and government agencies. I also give **Avenal** Community Health Center permission to obtain medical records pertaining to treatment rendered at other facilities, i.e., hospitals and specialists, while under the care of a physician at **Avenal** Community Health Center.

**3. MEDICARE ASSIGNMENT:** I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of Social Security Act is correct. I request that payment of authorized benefits be made in my behalf.

**4. ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS:** In the event I am entitled to outpatient benefits arising out of any policy of insurance insuring me of any party liable to me, I hereby assign said benefits directly **Avenal** Community Health Center for application to my bill. I agree that **Avenal** Community Health Center may issue receipt of any such payment, that such payment shall discharge the insurance company of any and all obligations under the policy to the extent of the payment, and that I shall be responsible for charges not covered by this assignment.

**5. FINANCIAL AGREEMENT:** I hereby agree that in consideration for services to be rendered by **Avenal** Community Health Center, I shall make prompt payments to the account **Avenal** Community Health Center as bills are presented. I agree to pay interest at the legal rate should the account become delinquent, and if it becomes necessary for the account to be referred to an attorney for collections, I shall pay the actual attorney's fees and collection expenses.

**6. GUARANTOR:** I hereby agree to assume the obligations imposed by the "Financial Agreement" above.

**7. TEACHING PROGRAM:** To the extent that **Avenal** Community Health Center conducts teaching programs to which the patient's condition or treatment is pertinent, students shall be permitted to participate in the care of the patient unless **Avenal** Community Health Center is notified to the contrary in writing.

Date	Signature of Patient / Parent / Guardian	Relationship to Patient (if applicable)	Witness (office staff)
------	--	---	------------------------

**CONDICIONES DE TRATAMIENTO:**

**1. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Por este medio el firmante consiente el administro y cumplimiento a todo procedimiento diagnostico, en que, en el juicio de mi medio podria ser necesario o aconsejable. Yo estoy de acuerdo que si yo decido salir de **Avenal** Community Health Center sere responsable las consecuencias de semejante decision.

**2. LIBERACION DE INFORMACION:** En la extension necesaria para determinar responsabilidad para pago y obtener reembolso, yo autorizo **Avenal** Community Health Center que libere parte de mis documentos, incluso mis documentos medicos, a cualquier persona, organizacion, o agencia en que es o podria ser responsable por todo o parte de cargos de **Avenal** Community Health Center incluso pero limitado a companias de aseguranza, planes de servicios de salud, compensacion de trabajadores, y agnecias del gobierno. Yo tambien le doy permiso a **Avenal** Community Health Center que obtenga mis documentos medicos que tengan que ver con tratamiento que se me haga hecho en otras facilidades, por ejemplo, hospitales y especialistas mientras que estoy bajo del cuidado de medicos en **Avenal** Community Health Center.

**3. ASIGNACION DE MEDICARE:** Yo certifico que la informacion dada por mi en aplicare para pago el Titulo XVIII del acto de Seguro Social es correcto. Yo pido que pagos de autorizados beneficios se hagan de mi parte.

**4. ASIGNACION DE BENEFICIOS DE ASEGURANZA:** En el evento yo estoy en mi derecho para beneficios de paciente externo que se presente de cualquier polica de aseguranza que me asegura a mi o cualquier partido responsable a mi, yo por este medio asigno beneficios dichos directamente a **Avenal** Community Health Center por aplicacion a mi cuenta. Yo estoy de acuerdo que **Avenal** Community Health Center pueda emitir recibo de semejante pago, que semejante pago seran descargados a la compania de aseguranza de algun y toda obligaciones bajo la polica al alcance del pago y que yo seria responsable por cargos no cubiertos por esta a asignacion.

**5. ACUERDO FINANCIERO:** Yo estoy de acuerdo que en consideracion de servicios probados en **Avenal** Community Health Center, yo cumplire en hacer pagos pronto en la cuenta de **Avenal** Community Health Center en cuanto se me presente los biles. Yo estoy de acuerdo en pagar intereses al la porporcion legal si mi cuenta seria delincuente, y necesario que se refiera un abogado para colecciones, yo pagaria la cuota actual del abogado y gastos de colecciones.

**6. GARANTE (FIADOR/A):** En estos medios yo de acuerdo en tomar las obligaciones impuestas por el "Acuerdo Financiero" mencionado arriba.

**7. PROGRAMA DE ENSEMANZA:** En el alcance de que **Avenal** Community Health Center conducte programas de ensemanza donde la condicion del paciente o tratamiento sea pertinente, estudiantes seran permitidos a participar en el cuidado del paciente a menos que **Avenal** Community Health Center sea notificado en lo contrario en por escrito.

Fecha	Firma del Paciente / Padre / Guardiano	Relacion al Paciente	Testigo (Personal de Oficina)
-------	--	----------------------	-------------------------------

<b>PERSONAL Y VIVIENDA</b>	<b>Nombre:</b> _____ <b>Fecha de Hoy:</b> _____
	<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>Teléfono #</b> (____) _____
	<b>Domicilio de Paciente:</b> _____
	Número y Calle <span style="float: right;">Ciudad <span style="margin-left: 50px;">Estado</span> <span style="margin-left: 50px;">Código Postal</span></span>
	<b>Género al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
	<b>¿Cuántas Familias viven en este domicilio?:</b> <input type="checkbox"/> Solo la mía <input type="checkbox"/> Mas que la mía: ¿Cuántas familias?: _____ ¿Personas? _____
<b>En este domicilio, yo soy:</b> <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Nada mas rento <input type="checkbox"/> Rentero primario <input type="checkbox"/> Rentero secundario <input type="checkbox"/> No pago rento	
<b>Si esta compartido, usted vive en o comparte:</b> <input type="checkbox"/> ¿Un cuarto? <input type="checkbox"/> ¿Un garaje? <input type="checkbox"/> ¿Otro? _____	
<input type="checkbox"/> No tengo hogar <input type="checkbox"/> Vivo en la calle <input type="checkbox"/> En un albergue para desamparados <input type="checkbox"/> En un albergue temporal	
<b>En que lenguaje le podemos asistir mejor:</b>	
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Lenguaje por señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Si apropiado, por favor indique su categoría al corriente con el Militar de los Estados Unidos:</b> <span style="float: right;">Debar Activo</span>	
<input type="checkbox"/> Reservo Activo <input type="checkbox"/> Guarda Nacional <input type="checkbox"/> Discarte Honorable <input type="checkbox"/> Discarte General <input type="checkbox"/> Otro Discarte <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Separado	

<b>ETNICIDAD</b>	¿Usted se considera ser Hispano o Latino <i>a pesar de su raza</i> ?
	<input type="checkbox"/> <b>Si, yo me considero Hispano o Lation:</b> Yo soy Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur Centro Americano, o otra cultura español o origen, basado en la identificación de raza, incluyendo aquellos nacidos en los Estados Unidos. <u>No</u> seleccione si usted es de Brasil o Haití y su etnicidad no está relacionada con el lenguaje de español.  <input type="checkbox"/> <b>No me considero Hispano o Latino</b>

<b>RAZA</b>	<b>Además de la etnia, por favor clarifique con que raza(s) usted se identifica (puede seleccionar más de uno):</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Asiático:</b> Las personas con origen de los pueblos originales de el Extremo Oriente, Sureste Asiático o el Sub Continente Indio, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Tailandia, y Vietnam.
	<input type="checkbox"/> <b>Asiático Filipinas:</b> Las personas con origen de los pueblos de las Islas Filipinas.
	<input type="checkbox"/> <b>Nativo Hawaiano:</b> Las personas con origen de los pueblos originales de Hawái.
	<input type="checkbox"/> <b>Otras Islas del Pacífico:</b> Las personas con origen de los pueblos originales de Guam, Samoa, Palau, Truk o de otras Islas de el Pacífico en Micronesia, Melanesia y Polinesia.
	<input type="checkbox"/> <b>Africano Americano:</b> Las personas con origen de los pueblos originales de África. En particular aquellos que nacieron en los Estados Unidos.
	<input type="checkbox"/> <b>Indio Americano:</b> Las personas con origen de los pueblos originales de el Norte, Centro y Sur América, y que mantienen la afiliación tribal o comunidad adjunto.
	<input type="checkbox"/> <b>Nativos de Alaska:</b> Las personas con origen de los pueblos originales de el estado de Alaska o su territorio, y que mantienen la afiliación tribal o comunidad adjunto.
	<input type="checkbox"/> <b>Blanco Americano:</b> Las personas con origen de los pueblos originales de Europa y Europa del Este, incluyendo aquellos que nacieron en los Estados Unidos.

<b>EMPLEO E INGRESOS</b>	<b>A. ¿Cuántas personas hay en su familia?</b> _____
	<b>B. ¿Cuál es el ingreso de la familia?</b> _____ <b>por (circular uno):</b> semana - mes - año
	<b>C. ¿Usted o otra persona en su familia que gana el salario mínimo ha:</b>
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Trabajado como en <b>trabajador de campo</b> durante los últimos 2 años?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Jubilado de el <b>trabajo de campo</b> ? O,
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Permanece incapacitado de el <b>trabajo de campo</b> ?
<b>Si todas las respuestas en "C" son No, no conteste "D" o "E"</b>	
<b>D. ¿Si son sí, cual es la relación del trabajador de campo con el paciente?</b>	
<input type="checkbox"/> mismo <input type="checkbox"/> esposa/esposo <input type="checkbox"/> padres <input type="checkbox"/> hijos <input type="checkbox"/> otro _____	
<b>E. Si en "C" contestó sí, usted o ellos (marque las que le aplique):</b>	
<input type="checkbox"/> Migrante: ¿Durante los últimos 2 años, usted se mudó a otro lugar para trabajar?	
<input type="checkbox"/> Temporal: ¿Vive en un lugar pero sin trabajo por más de 2 semanas cada año?	
<input type="checkbox"/> Trabajo Fijo: ¿No lo han descansado de el trabajo de campo por más de 2 semanas durante los últimos 2 años?	

<b>GENERO</b>	<b>1. Usted piensa de sí mismo como (marque uno):</b>
	<input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Otra cosa _____
	<b>2. ¿Con cuál género se identifica? (marque uno):</b>
	<input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transexual Hombre/Mujer-a-Hombre <input type="checkbox"/> Transexual Mujer/Hombre-a-Mujer <input type="checkbox"/> Otra _____

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_





# Aria Community Health Center

1000 Skyline Blvd. • P.O. Box 700 • Avenal, CA 93204 • Ph. 559-386-4500 • Fax 559-386-0550  
a california *health* center

## CONTRACTO DE INASISTENCIA DEL DEPARTAMENTO DENTAL

Nosotros lo valoramos a Usted como nuestro paciente y necesitamos su cooperación al mantenerse al tanto de sus citas para así proveerle nuestro mejor cuidado. Faltar o cancelar una cita con menos de 24 horas de anticipación significa que nosotros no podremos reemplazar su cita a tiempo con otro paciente que necesita cuidado urgente.

### Nuestra política requiere:

**Llamada de cortesía:** Nosotros le llamaremos con dos días de anticipación antes de su cita para recordarle de su cita programada. Si no podemos comunicarnos con Usted en persona, pueda que tengamos que dar su cita a otro paciente.

Iniciales

**Citas canceladas a tiempo:** Si necesita cancelar o reprogramar su cita, Usted necesita reprogramarla con 24 horas de anticipo. **Si cancela su cita con menos de 24 horas de anticipación, su cita será considerada como perdida.**

Iniciales

**Llegados sin retraso:** Si llega más de 10 minutos tarde a su cita, pueda que necesite volver a programar su cita. El resultado de esta acción marcará su cita como perdida.

Iniciales

**Cumplimiento:** A los pacientes sólo se les permite **tres citas perdidas**. Después de su **tercera cita perdida**, Usted dejará de ser nuestro paciente y/o será colocado como paciente con estatus de "mismo día".

Iniciales

**Muchos pacientes acuden a Avenal Community Health Center para sus servicios dentales. Ayúdenos, y al mantener sus citas nos permite reducir el tiempo de espera en sus citas dentales.**

---

Nombre

---

Firma del Paciente o padre/Guardián

---

Fecha

**Patient Acknowledgment of  
Receipt of Dental Materials Fact Sheet**

I, \_\_\_\_\_, Acknowledge I have received from WEE Dental a copy of the Dental Materials Fact Sheet dated October 2001.

\_\_\_\_\_  
*Patient Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

-----  
Yo, \_\_\_\_\_, Certifico que recibí de parte de Avenal Community Health Center una copia sobre la hoja de información Material Dental con la fecha de octubre 2001.

\_\_\_\_\_  
*Firma de paciente*

\_\_\_\_\_  
*La fecha*

The following document is the Dental Board of California's Dental Materials Fact Sheet. The Department of Consumer Affairs has no position with respect to the language of this Dental Materials Fact Sheet; and its linkage to the DCA web site does not constitute an endorsement of the content of the document.

**The Dental Board of California  
Dental Materials Fact Sheet**

Adopted by the Board on October 17, 2001

As required by Chapter 801, Statutes of 1992, the Dental Board of California has prepared this fact sheet to summarize information on the most frequently used restorative dental materials. Information on this fact sheet is intended to encourage discussion between the patient and dentist regarding the selection of dental materials best suited for the patient's dental needs. It is not intended to be a complete guide to dental materials science.

The most frequently used materials in restorative dentistry are amalgam, composite resin, glass ionomer cement, resin-ionomer cement, porcelain (ceramic), porcelain (fused-to-metal), gold alloys (noble) and nickel or cobalt-chrome (based-metal) alloys. Each material has its own advantages and disadvantages, benefits and risks. These and other relevant factors are compared in the attached matrix titled "Comparisons of Restorative Dental Materials." "A Glossary of Terms" is also attached to assist the reader in understanding the terms used.

The statements made are supported by relevant, credible dental research published mainly between 1993 - 2001. In some cases, where contemporary research is sparse, we have indicated our best perceptions based upon information that predates 1993.

The reader should be aware that the outcome of dental treatment or durability of a restoration is not solely a function of the material from which the restoration was made. The durability of any restoration is influenced by the dentist's technique when placing the restoration, the ancillary materials used in the procedure, and the patient's cooperation during the procedure. Following restoration of the teeth, the longevity of the restoration will be strongly influenced by the patient's compliance with dental hygiene and home care, their diet and chewing habits.



### Avenal Community Health Center/WEE Dental

1000 Skyline Boulevard • P.O. Box 700 • Avenal, CA 93204-0700 • Phone (559) 386-4500 • FAX (559) 386-0550

### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL

Nombre del Paciente:	ID:	Fecha de Nacimiento:	Género: M o F
----------------------	-----	----------------------	---------------

**Por favor revise el consentimiento para el tratamiento de continuación. Si tiene alguna pregunta, consulte a su médico.**

Yo doy el consentimiento para mi o mi niño(a) de recibir el tratamiento dental que sea necesario, por los dentistas de Avenal Community Health Center. Estos procedimientos incluyen, pero no están limitados a:

- Exámenes
- Limpiezas
- Tratamientos de fluoruro
- Selladores
- Restauraciones (calzas)
- Coronas
- Tratamientos de periodoncia (encías)
- Endodoncias (canal de raíz)
- Extracciones
- El uso de anestésicos locales
- Sedación oral consiente

Entiendo que el uso de anestésicos locales conlleva el posible riesgo de hinchazón, hematomas, cambios en la percepción de dolor o adormecimiento prolongado.

**Esta sección tiene que ser llenada únicamente para niños menores de 18 años de edad por parte de los padres o guardián legal.**

Yo afirmo que soy el padre, la madre, o el guardián legal del referido paciente. Si no puedo acompañar a mí niño(a), yo doy el permiso para los individuos nombrados debajo de acompañar a mí niño(a)

<b>NOMBRE:</b> _____	<b>RELACIÓN:</b> _____

#### Aceptación de recibo de notificación de la póliza de privacidad de HIPAA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de, y proporcionar a los individuos, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. También estamos obligados a cumplir con los términos de la notificación actualmente vigente. Si tiene alguna pregunta relacionada con este formulario, por favor pida hablar con nuestro Agente Responsable del Cumplimiento de las reglas de HIPAA en persona o por teléfono llamando a nuestro número de teléfono principal. Por favor, firme la forma adjunta. Tenga en cuenta que al firmar esta forma sólo reconoce que ha recibido o se le ha dado la oportunidad de recibir una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

**Este consentimiento tendrá que ser considerado en efecto hasta que se anule o se revoque.**

Firma de Paciente/Guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_