

Clínica Para Nuestros Pacientes

Gracias por elegir la Clínica para sus necesidades dentales. Nuestros Programas de Higiene Dental están acreditados por la Comisión de Acreditación Dental de la Asociación. Ofrecemos un ambiente dental que cumpla con los valores más altos de las profesiones. Tendrá la oportunidad de obtener las mejores polizas y procedimientos de nuestro centro de enseñanza clínica.

Clínica De Higiene Dental son

Eleibles para recibir tratamiento en la clínica. Los nuevos pacientes requieren una evaluación inicial o cita de evaluación para determinar si son eleibles. Los pacientes a los que no se les ofrece tratamiento de higiene dental serán remitidos para recibir tratamiento a un dentista de su elección. Algunos pacientes pueden calificar inicialmente para el tratamiento y luego, una vez completada la terapia inicial, ya no serán considerados como casos de enseñanza; en este caso, los servicios serán

! "#' %& ' (! &) *+, ! ""&- &. &)/ " , ") *0 &1 2) /&) &34) 56789;; < 0! ! &3 /*= > 0!) ?) \$ 6<@ A6 B:9;
97;<:9; CD89:6<@EF G8<B; <; H6 I 8 J 5A8 B; KLM56789:N< KOPK RK STM 97A:9XYD89:6<@ZV \ \ OJMUFO_MOV LK
SKLMQV]JMSK RMCKQMR P MRK CPK aQS UPb

P t r o

Mujeres - F vor i ic r

Embarazada Tratando de concebir Lactando Tomando contraceptivos orales Menopausal
ue o sepa, todas las repuestas previas son verídicas. Si ha cambios en el es

ME CATION

Patient's Name : _____

at	M edication & Crag	Pu os fo M edication	O al Eff cts, P cautions to ntal T at nt

Pati nt Int vi w

ATE	COMMENT

NOMBR _____ F CHA_____

HISTORIA D_{ENTAL}

Sí No ¿Tiene usted examinaciones y

FORMAR O M O AA A

Formulario de Autorización de Privacidad IPAA

Yo, _____, Dijo a mi proveedor de servicios médicos que revelen libremente mi información médica de salud protegida que se describe abajo:

NOMBRE:

RELACION:

La información médica de contacto: _____

INFORMACIÓN DE SALUD QUE SE REVELARÁ A PETICIÓN DE LA PERSONA MENCIONADA ANTE MI MENTE (MARQUE A O B):

- A. Revelar mi expediente completo de salud (incluyendo, entre otros, diagnósticos, análisis de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación para todas las condiciones)
- B. Revelar mi expediente de salud, como se indica ante mi mente, **PERO NO REVELAR** lo siguiente (marque según corresponda):
 - Radiografías dentales
 - Información del historial médico
 - Notas Anotaciones clínicas
 - Información de gabinetes dentales / periodontales
 - Tratamiento de salud dental proporcionado
 - Información de facturación
 - Otro (especifique): _____

FORMA DE REVELACIÓN (a menos que otro formato sea mutuamente acordado entre mí y el proveedor de la persona designada):

- Registro electrónico o acceso a través de un portal en línea
- Copia en papel

Esta autorización es efectiva hasta (Marque una):

- Todos los períodos pasados, presentes y futuros
- Fecha o evento: _____

a menos que lo revoque. (NOTA: Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificándolo a sus proveedores de atención médica, preferiblemente por escrito).

FIRMAS DEL INDIVIDUO DANDO AUTORIZACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA

S : 45 C. . . 1 4.5 4

Recusación por la Comisión de Envejecimiento de ABA | www.ameicanbar.org/aging

Phoenix College Dental Clinic | 31 N 7th Ave | Phone: (02)285-7323 Fax: (02)285-7127

PHOENIX U EGE DENTAL INI

D mailing add ss 3144 NO 17 u physia add ss

PHOENIX, AZ 85013

PHONE: 0 - 85-73 3

X: 0 - 85-71 7

I p i t am o pati t _____, Bi t dat _____
qu stt as o my d ta o ds dat d_____, i udi g d ta ims/imag s, o
diag osti a d ygi t atm t pu pos s.

X_____ Dat : _____
Pati t's/G