



PLACE LABEL

# Clínica Dental

## Formulario de Admisión

La información que se presenta a continuación le permite al Distrito de Salud (SNHD) determinar sus necesidades/recursos, así como las necesidades de salud de nuestra comunidad. Toda la información es confidencial.

¿Cómo escucho acerca de nosotros?:  Paciente Previo  Amigo/Familiar  En línea  Referencia  Feria de Salud  Facebook  Twitter  Página Web del SNHD  Otro \_\_\_\_\_

Lenguaje que prefiere hablar: \_\_\_\_\_ ¿Necesita usted un intérprete?  Sí  No

¿Necesita servicios para personas con problemas auditivos o un interprete de lenguaje de señas?  Sí  No

Contacto(s) de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación:  Padre  Tutor  Cónyuge  Otro \_\_\_\_\_

### NOS IMPORTA SU PRIVACIDAD.

Ofrecemos servicios confidenciales a todos nuestros clientes. Esto significa que no damos a conocer información sobre su visita a amigos, padres, tutores o familiares sin su permiso.

**DECLARO QUE HE RECIBIDO LA "NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD."** \_\_\_\_\_ (Inicial)

### Información de Ingreso para Servicios con Descuento

Rechazo dar a conocer cualquier información sobre ingresos y acepto el costo de los servicios sin descuento.

No tengo ingresos  Estoy desempleado/a  No tengo hogar

|  |  |
|--|--|
| ¿Cuál es su ingreso semanal antes de impuestos?<br>Pago por hora _____ Número de horas que trabaja por semana _____  |  |
| ¿Cuál es el ingreso semanal antes de impuestos de su compañero(a)/cónyuge?<br>Pago por hora _____ Número de horas que trabaja por semana _____                 |  |
| ¿Cualquier otro ingreso (Propinas, SSI, etc.) a reportar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Escriba el tipo de ingreso y la cantidad: |  |
| <b>Si usted no tiene ingresos, por favor explique cómo paga sus necesidades básicas:</b>   |  |
| ¿Ingreso semanal total en su hogar?  |  |
| ¿Número total de personas que dependen de estos ingresos?  |  |

| Office Use Only                        |
|--|
| Sliding fee category: _____            |
| Reviewed by: _____                     |
| Referred for Hardship:<br>Date: _____  |
| Initials: _____                        |
| Ref. to EW re services:<br>Date: _____ |
| Initials: _____                        |

### Consentimiento para tratamiento médico

**Doy mi consentimiento al personal médico** de las clínicas/programas de servicios clínicos del Distrito de Salud del Sur de Nevada (SNHD, por sus siglas en inglés) de examinarme, obtener las pruebas de laboratorio necesarias, darme tratamiento y consejo para mí o mi hijo/a. Entiendo que hay ciertos peligros y riesgos conectados con todo tipo de tratamientos y cuidado, y con este conocimiento, doy mi consentimiento. Entiendo que si soy tratado o diagnosticado con una infección de transmisión sexual la clínica requiere por ley reportar esto a ciertas agencias de salud pública. Entiendo que el personal de la clínica también podría ser requerido por la ley para reportar algunas acusaciones de abuso físico o sexual. Aquí certifico que he leído y entiendo por completo el consentimiento antes mencionado para exámenes y/o tratamiento. Luego de la evaluación, si mi condición médica está por arriba de la capacidad de los servicios del SNHD, seré referido a otro lugar para recibir cuidado adicional.

**He contestado todas las preguntas correctamente en base a mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre** **Firma** **Fecha**  
 Relación:  Paciente  Padre  Tutor  Otro \_\_\_\_\_