

ACUERDO DEL PACIENTE

El programa dental del Colegio Comunitario de Oxnard, es una institución de enseñanza que tiene el propósito de educar profesionales de la higiene dental calificados. Como paciente, usted es una parte esencial como parte del programa de enseñanza. A los estudiantes se les reconoce por llevar un gafete (name tag) con su nombre. Esto no es para presentarlos como practicantes dentales autorizados. Todos los pacientes son asignados a estudiantes dentales calificados que realizan tratamiento de higiene dental bajo una estrecha supervisión de un dentista y profesorado del personal clínico.

La firma del paciente en la parte posterior indica que ha leído, que entiende y que está de acuerdo en cumplir las políticas y procedimientos proporcionados en este formulario.

1 Entiendo que:

- a. El programa dental del colegio de Oxnard es sólo un componente del cuidado de mi salud bucal. Debo tener un dentista de atención principal afuera para el cuidado bucal completo.
- b. Yo soy responsable de pago completo por cada procedimiento antes de comenzar el procedimiento.
- c. El colegio de Oxnard se reserva el derecho de revisar en cualquier momento las tarifas de sus procedimientos que no se han iniciado.
- d. Entiendo que para cambiar una cita debo avisar por lo menos con 24 horas de anterioridad. Si no avisa en el período de 24 horas se considerará una cita rota. Si falta a tres citas su tratamiento será discontinuado.
- e. Entiendo que la facultad/el personal tiene el derecho de aceptar o rechazar pacientes en CUALQUIER MOMENTO.
- f. Todos los documentos pertinentes al diagnóstico y tratamiento son propiedad del colegio de Oxnard, aunque la información en estos archivos está a disposición del paciente.

2 La clínica dental del colegio de Oxnard, no acepta Medical o ningún otro tipo de seguro dental, Pagos hechos con tarjetas de crédito se deben hacer en la oficina de Asuntos Estudiantiles (Student Business Office). Como prueba de su pago el paciente debe traer su recibo cuando venga a su cita,

3 Autorizo al colegio de Oxnard a exponer las radiografías necesarias, administrar anestésicos, utilizar imágenes intraorales y emplear los procedimientos operativos y técnicos que sean necesarios o recomendados para el diagnóstico y tratamiento del paciente mencionado en la parte posterior.

4 Informaré inmediatamente cualquier cambio en mi salud, si he sido hospitalizado, consultado a un médico, si he estado enfermo, si he tomado o estoy tomando algún nuevo medicamento aparte de los mencionados en mi historial médico.

El que firma abajo, certifica que él /ella ha leído y está dispuesto a cumplir con lo ya mencionado, y es el paciente, el padre o tutor/guardián del paciente o está debidamente autorizado como agente representante del paciente para ejecutar lo mencionado y aceptar sus términos.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Sólo PARA MENORES:

Nombre del padre o guardián (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

Firma del padre o guardian _____

Parentesco con el paciente _____