

ACUERDO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

1. 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.
2. 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. Entiendo que no hay garantía de que pueda ser adaptado a intervalos regulares de llamada y puede que necesite acudir a mi dentista de cabecera para atención continua
 - 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 descontinuado.
 - 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.
3. 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). 805-678-5811
4. Por la presente autorizo a Oxnard College a utilizar las fotografías que se me tomen durante el tratamiento. Se entiende y acuerda que mi nombre no se utilizará sin mi permiso ni se divulgará de ninguna manera en relación con ello.
5. Autorizo al colegio de Oxnard a exponer las radiografías necesarias, administrar anestésicos, utilizar mágenes 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.
6. 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.

Al firmar a continuación, Reconozco que he leído, entiendo y acepto cumplir las políticas y los procedimientos de la clínica. Certifico que soy el paciente, el progenitor del paciente o tutor, o un agente general autorizado con la autoridad legal para formalizar este acuerdo y aceptar sus términos

Firma de Paciente (para menores solo) Firma de padre o tutor

Fecha

Nombre de los padre o tutor: _____

Parentesco al paciente: _____