



Lea esta página completa antes de comenzar el proceso de solicitud

Su solicitud solo se revisará cuando se devuelvan todos los artículos necesarios y se verifiquen todas las firmas. Para calificar para el descuento de tarifa móvil, debe completar este proceso de elegibilidad. Para que su registro sea lo más fluido posible, complete lo siguiente:

- **Aplicación** (llena este paquete completo)

Si su solicitud no está completa, es posible que se le pida que devuelva información adicional. Por favor asegúrese de que haya firmas y fechas donde sea necesario a lo largo de la solicitud.

- **Verificación de ingresos:** Ingreso total del hogar: Ingresos antes de impuestos o deducciones – calculados para todo miembros del hogar mayores de 19 años según las verificaciones de ingresos de cualquiera o de todo lo siguiente:
 - o Cheque de pago o taloes de pago
 - o Una carta de su empleador
 - o Carta de desempleo
 - o Carta de apoyo notariada
 - o Declaracion del banco
 - o Cuenta de banco
 - o Carta del empleador de la pensión / pensión de jubilación
 - o Carta de confirmación de una agencia aprobada
 - o Orden judicial (p. Ej., Conciliación, pensión alimenticia, manutención de menores, otros)
 - o Verificación de una agencia pública / privada (por ejemplo, TANF / ADC, cupones de alimentos, refugio, seguridad social, SSI, etc.)
 - o Declaración de impuestos (no más de un año), W-2 o Formulario 4506T

Vivienda: Verificación de Residencia en Área de Servicio (proporcione al menos uno de los siguientes):

- o Licencia/VISA/Pasaporte
 - o Carta del refugio (con membrete del refugio)
 - o Factura de servicios públicos u otro documento oficial dirigido al paciente en su dirección
 - o Matriculación de vehículos
 - o Copia del contrato de arrendamiento o contrato de alquiler o aviso de desalojo
 - o Carta notariada de un compañero de habitación o arrendador (Nota: se debe verificar la residencia del compañero de habitación o arrendador)
 - o Registro de escuela
 - o Copia de hipoteca
- Traiga una copia actualizada de su lista de medicamentos recetados, incluidos los medicamentos de venta libre y las vitaminas.
 - Llame al (904)394-8062 si tiene preguntas sobre qué llevar a su cita de elegibilidad.

Deben de programar una cita para revisar su información de elegibilidad

Espera que su reunión con el coordinador de servicios al paciente tome hasta una hora. Si tiene alguno preguntas sobre esta solicitud antes de que venga a reunirse con el coordinador de servicios al paciente también puede enviarnos un correo electrónico a: SulzbacherDental@SulzbacherJax.org

ubicación de la clínica: Sulzbacher Village: 5455 Springfield Blvd, 32208 Office: (904) 394-4963



Registro del paciente

Nombre del paciente: _____

Nombre del padre/Guardian legal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero del Seguro social: _____

Correo electronico: _____ Farmacia preferida: _____

Número de personas que viven en el hogar: _____ Ingreso familiar mensual: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relacion: _____ Numero de telefono: _____

Raza	Identidad de género	Orientación sexual	Estatus Residencial
<input type="checkbox"/> Asiática/o <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mas de una raza	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no revelar	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Elija no revelar	<input type="checkbox"/> Ciudadano USA <input type="checkbox"/> Residente Legal <input type="checkbox"/> Inmigrante Estatus de veterano/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿El paciente tiene Seguro dental? SI o NO
 Medicaid Medicare Liberty MCNA DentaQuest Otro: _____

¿Estás sin hogar actualmente? SI No

¿Ha estado sin hogar en los últimos 12 meses? SI No

(por favor marque todos los que apliquen)

- Vivía en un refugio para personas sin hogar Vivir temporalmente con otro familiar o amigo
 Vivió en una vivienda de transición o en un centro de tratamiento. Desalojado
 Vivió en la calle o en un automóvil, un parque, una acera o un edificio abandonado

Al firmar este documento, confirmo que esta información describe correctamente mi seguro y mi situación de vida. Entiendo que dar información falsa puede afectar mi capacidad para recibir servicios. Entiendo que la Clínica Sulzbacher puede verificar esta información y les doy permiso para hacerlo.

Permito que la Clínica Sulzbacher brinde tratamiento, realice pruebas para tratarme o averigüe qué está mal, tome muestras de sangre para las pruebas de laboratorio solicitadas por el proveedor (incluida la prueba del VIH), permito que los estudiantes / residentes / internos de medicina / enfermería / odontología ayuden el proveedor con mi cuidado y permitir que los proveedores obtengan información sobre el historial de medicamentos.

Entiendo que soy financieramente responsable ante la organización por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a la organización sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura completa o del saldo de la factura según lo determine la



organización y / o mi aseguradora de atención médica si se niega el pago de las reclamaciones enviadas o cualquier parte de ellas. Entiendo que al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todo el pago de los productos y servicios recibidos.

Nombre del Paciente (estampado)

Relacion al Paciente

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nombre del Asegurado: _____

Número de Seguro Social: _____

Solicito que el pago de los beneficios autorizados, incluido Medicaid, si soy un beneficiario de Medicaid, se realice en mi nombre a SULZBACHER, por cualquier servicio dental que me brinde esa organización.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por equipos o servicios relacionados a la organización, la Administración de Financiamiento de la Atención Médica, mi compañía de seguros u otra entidad dental. Se enviará una copia de esta autorización a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica, a mi compañía de seguros u otra entidad, si así se solicita. La organización conservará el original en el archivo.

Entiendo que soy financieramente responsable ante la organización por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a la organización sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Soy responsable de la factura completa o del saldo de la factura según lo determine la organización y / o mi aseguradora de atención médica si se niega el pago de las reclamaciones enviadas o cualquier parte de ellas.

Entiendo que al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todo el pago de los productos y servicios recibidos.

Nombre del Paciente

Relacion al Paciente

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha

May 2023



Divulgación de información de salud protegida y autorización de privacidad

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero del Seguro social: _____

1. **Divulgación de información de salud para tratamiento, pago y operaciones** de atención médica doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de la información de salud protegida del paciente para el tratamiento, la facturación, y operaciones sanitarias. He leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y entiendo que tienen los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho a revisar el Aviso antes de firmar el consentimiento.
- El derecho a inspeccionar y recibir una copia de la información clínica del paciente.
- El derecho a solicitar la modificación de la información clínica que considere incorrecta o incompleta.
- El derecho a solicitar que Sulzbacher restrinja el uso y la divulgación de la información personal del paciente. Información de salud.
- El derecho a revocar mi permiso en cualquier momento mediante notificación por escrito a Sulzbacher.

Esta autorización permanecerá vigente hasta mi muerte o el día en que retire mi permiso por escrito.

Me gustaría recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad SI o NO

Yo _____, haber leído este formulario de consentimiento y el Aviso de Privacidad de Prácticas entiendo que le estoy dando su consentimiento para usar y divulgar la información de salud del paciente para tratamiento, facturación y operaciones de atención médica.

Firma del paciente o Guardian legal: _____

Fecha: _____

2. **Autorización de privacidad de HIPPA:** ¿Quién puede ver la información de salud del paciente? Por favor, agregar cualquier miembro de familia u otras personas que puedan estar involucradas en la coordinación de la atención del paciente.

Nombre	Relacion al paciente

¿Cuánto tiempo pueden ver la información del paciente? Que informacion pueden ver?

- De _____ hasta _____
- Todos los períodos pasados, presentes y futuros
- Todo
- Todo EXCEPTO lo siguiente (marque todos los que correspondan)
- Registros de salud mental Registros de VIH/SIDA/Otras enfermedades transmisibles
- Registros de tratamiento de abuso de alcohol / drogas Otro, especifique: _____

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo para tratamiento médico, facturación o reclamos, discusiones sobre la salud del paciente u otros propósitos que yo permita.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización (por escrito) en cualquier momento. Entiendo que cualquier la revocación no es efectiva en ninguna información que ya se haya compartido. Entiendo que puedo negarme para firmar este comunicado y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los servicios no serán retenido.

Nombre del paciente o representate legal: _____



Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Consentimiento para tratar a un menor sin la presencia de los padres/tutores

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Para permitir el tratamiento de pacientes que se consideran menores de edad, es necesario que un padre o tutor legal dé su consentimiento para el tratamiento. En el caso de que un paciente menor de edad se presente para una cita no urgente sin un padre o tutor legal o un consentimiento firmado, el tratamiento puede ser denegado.

Doy permiso para que las siguientes personas lleven al paciente a su cita:

Nombre: _____

Relacion al paciente: _____

Nombre: _____

Relacion al paciente: _____

Verifico que estas personas tienen al menos dieciocho años de edad. También le doy permiso a este individuo para tomar decisiones con respecto al tratamiento dental del paciente, el tratamiento médico (si es necesario en caso de que surja una emergencia) y el manejo del comportamiento.

Yo, _____ (Imprimir el nombre del padre/guardian) consentimiento para:

_____ Atención de emergencia o urgencia cuando no puedo ser contactado

_____ Atención dental de rutina, que puede incluir, entre otros: exámenes dentales, Profilaxis (limpieza), tratamiento con flúor, radiografías y cualquier otro tratamiento previamente discutido y acordado por el padre / tutor legal.

Me pueden contactar al siguiente número si hay alguna pregunta:

Yo _____ autorizo a Sulzbacher Dental a proporcionar tratamiento.

Nombre del paciente o representante legal: _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____



Formulario de Consentimiento para Tratamiento Dental

- **Drogas y Medicamentos:** Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica severa que causa hospitalización y posible muerte).
- **Cambios en el plan de tratamiento:** Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a condiciones encontradas mientras trabajaba en los dientes que no se descubrieron durante el examen.
- **Extracción de dientes:** Si los dientes se pueden salvar / restaurar, las alternativas a la extracción de dientes son la terapia de conducto, la cirugía periodontal, etc. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina todo el dolor, ya que puedo tener dolor en otros dientes, músculos u otra fuente. Entiendo los riesgos que implica la extracción de un diente, algunos de los cuales son dolor (incluida la ATM), hinchazón, propagación de la infección, raíz del diente restante, daño de los dientes adyacentes, alvéolos secos, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejido circundante (puede ser permanente), mandíbula fracturada o exposición de los senos nasales. Entiendo que puedo necesitar más tratamiento por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.
- **Coronas / Puentes:** Entiendo que a veces no es posible igualar exactamente el color de los dientes naturales con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo estar usando coronas temporales que pueden desprenderse mientras espero que se fabrique mi corona permanente.
- **Dentaduras postizas (completas o parciales):** Me doy cuenta de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales y están hechas de plástico, metal y / o porcelana. Entiendo que estos reemplazos de mis dientes naturales no funcionarán como lo hacen los dientes naturales. Puedo esperar experimentar puntos doloridos, flojedad, pérdida del sentido del gusto, dificultad para hablar, dificultad para masticar y otras complicaciones inherentes a los aparatos removibles. Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren un rebase dentro de los 3 a 12 meses posteriores a la colocación y esta tarifa NO está incluida en el costo original.
- **Tratamiento de endodoncia (tratamiento de conducto):** me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto salve mi diente, y que pueden surgir complicaciones por el tratamiento, y ocasionalmente los objetos metálicos se cementan en el diente o se extienden a través de la raíz, lo que no necesariamente afectará al éxito del tratamiento. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento de conducto hasta la posible extracción del diente.
- **Tratamiento periodontal:** Entiendo que los problemas graves de las encías pueden provocar una infección ósea o pérdida de masa ósea que puede provocar la pérdida de mis dientes. Algunos tratamientos incluyen raspado y alisado radicular, cirugía periodontal y extracción de dientes. Entiendo que debo seguir adelante con la atención domiciliaria para lograr la salud periodontal y otros tratamientos como empastes, coronas y parciales pueden retrasarse mientras la afección periodontal esté comprometida.
- Doy mi consentimiento para recibir tratamiento en caso de emergencias de salud pública y entiendo que las opciones de tratamiento pueden modificarse en consecuencia.
- Entiendo que se me está proporcionando este tratamiento a un bajo costo para mí y que la única forma en que Sulzbacher Center puede brindar esta atención a este costo es mediante el uso de varios dentistas (a menudo voluntarios) y de la Universidad de Florida. Estudiantes de odontología senior supervisados por un dentista del personal. Además, entiendo que es poco probable que pueda elegir al dentista que me proporcione. Por último, entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía o aseguramiento con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado para mí. He tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas sobre el tratamiento dental, y todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.



Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente o Guardian Legal _____

CONSENTIMIENTO PARA EL FLUORURO DE DIAMINO DE PLATA

Hechos a considerar:

- El fluoruro de diamina de plata (SDF) es un líquido antimicrobiano. Usamos SDF en las caries para ayudar a detener la caries dental. También lo usamos para tratar la sensibilidad dental.
- El procedimiento: 1) seque el área afectada. 2) coloque una pequeña cantidad de SDF en el área afectada. 3) permita que SDF se seque durante un minuto. 4) colocar un barniz de flúor
- El tratamiento con SDF no elimina la necesidad de empastes dentales o coronas para reparar la función o la estética.
- No debo ser tratado con SDF. 1) soy alérgico a la plata. 2) tengo llagas dolorosas o áreas en carne viva en mis encías. (ejemplo, gingivitis ulcerosa) o en cualquier parte de la boca (ejemplo, estomatitis).

Beneficios de recibir el fluoruro de diamino de plata:

- Ayuda detener la caries dental
- Ayuda aliviar la sensibilidad dental

Riesgos relacionados con el fluoruro de diamina de plata incluidos, pero no limitados:

- El área afectada se manchará de negro permanentemente. La estructura dental sana no se manchará. La estructura dental manchada se puede reemplazar con un empaste o una corona.
- Los empastes y las coronas del color de los dientes también pueden decolorarse si se les aplica fluoruro de diamina de plata. Normalmente, este cambio de color es temporal y se puede pulir.
- Si se aplica accidentalmente en la piel o las encías, puede aparecer una mancha marrón que no causa daño, no se puede lavar y desaparecerá en 1 a 3 semanas.
- Puedes notar un sabor metálico, esto desaparecerá rápidamente
- Si la caries dental no se detiene, la caries progresará. en ese caso, el diente requerirá un tratamiento adicional, como repetir el fluoruro de diamina de plata, un empaste o una corona, un tratamiento de conducto o una extracción.
- Es posible que estos efectos secundarios no incluyan todas las posibles reacciones o interacciones informadas por el fabricante. Si nota otros efectos, comuníquese con su proveedor dental.
- Se harán todos los esfuerzos razonables para garantizar el éxito del tratamiento con fluoruro de diamina de plata. Existe el riesgo de que el procedimiento no detenga el deterioro y no se otorga ni implica ninguna garantía de éxito.

Alternativas al fluoruro de diamina de plata, no limitadas a las siguientes:

- Ningún tratamiento que pueda conducir al deterioro continuado de las estructuras dentales. Los síntomas pueden aumentar en severidad y puede ocurrir la pérdida de dientes.
- Dependiendo de la ubicación y extensión de la caries dental, otro tratamiento puede incluir la colocación de barniz de fluoruro, un empaste o corona, extracción o una derivación para tratamiento avanzado.

Certifico que he leído y entiendo completamente este documento y todas mis preguntas fueron respondidas.

Nombre del paciente o representante legal: _____

Firma del paciente o representante legal: _____

Fecha: _____



Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

HISTORIA MEDICA

Nombre del médico de atención primaria: _____

Fecha del último examen físico: _____

¿El paciente está tomando algún medicamento en este momento? SI o NO

Por favor, pongan cualquier medicamento / vitaminas / suplementos que el paciente esté tomando actualmente.

Medicamentos	Tratamiento Para	Fecha de inicio

¿Este paciente requiere premedicación antes del tratamiento dental? () Sí () No

En caso que si, explica por favor _____

¿Este paciente tiene alguna alergia? () Sí () No En caso afirmativo, _____

¿Ha tenido este paciente alguna vez una reacción al medicamento? () Sí () No

En caso que si, explica por favor _____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado este paciente? () Sí () No

En caso que si, explica por favor _____

¿Este paciente actualmente esta bajo el cuidado de un médico debido a una condición específica? () Sí () No

Nombre del Especialista: _____

Especialidad: _____ Telefono: _____

Fecha del ultimo examen: _____

¿El paciente fuma actualmente? SI o NO

¿El paciente sufre de cualquier de estas condiciones?



<input type="checkbox"/> TDAH/Hiperactividad <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Tos crónica >3 semanas <input type="checkbox"/> Labio leporino/paladar hendido <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo del habla <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida/discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Afección cardíaca/soplo <input type="checkbox"/> Hepatitis/enfermedad hepática <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Reemplazo articular <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Sensibilidad al látex <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Prematuro/Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico/emocional <input type="checkbox"/> Radiación/Quimioterapia <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Células falciformes <input type="checkbox"/> Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño <input type="checkbox"/> Necesidades especiales de atención médica <input type="checkbox"/> Problemas estomacales <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Tumores <input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--

DENTAL

¿Por qué el paciente está aquí hoy? ¿Cuál es su principal preocupación dental? _____

Dentista anterior: _____

Teléfono?: _____

Fecha de último examen: _____

¿Este paciente tiene o tuvo alguno de los siguientes?

Dolor de muelas- ¿Dónde? _____

Accidente/lesión en los dientes ¿Dónde? _____

¿Cómo? _____

Dientes descoloridos/manchados Tratamiento de ortodoncia

Cepillarse los dientes () solo () supervisado

() asistido

Pasta dental con flúor

Hilo dental

Coma dulces o beba jugos diariamente

Suplemento de flúor

Encías sangrantes

Úlceras bucales/frigoríficas

Rechinar / apretar los dientes

Ronquidos/respiración bucal

Dientes apiñados/espaciados

Hábito del chupete/pulgar

Dormir con biberón/amamantado



¿Cómo cree que este paciente ha reaccionado a procedimientos médicos o dentales anteriores?

() Bien () Pobre

¿Cómo espera que reaccione este paciente en el sillón dental? () Bien () Pobre

¿Cuáles son los intereses y pasatiempos del paciente?

¿Le permite la ley (por derecho como padre natural, adopción legal u orden judicial) dar su consentimiento para tratamiento dental de este paciente? () Sí () No

Nombre del Paciente

Relacion al Paciente

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha