



Clínica Dental

Estimado Cliente:

Bienvenido a la Clínica Dental de Bering Omega. Los servicios de la Clínica Dental están reservados exclusivamente para individuos con diagnóstico con VIH/SIDA. Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de aquellos con necesidades críticas, proporcionándoles asistencia física, emocional y espiritual. Una de las metas de la Clínica Dental es crear un ambiente seguro y agradable, en el cual nuestros pacientes reciban su cuidado dental. Su privacidad será protegida.

Como Llegar a Ser Paciente

La siguiente información le explicará el carácter confidencial para llegar a ser un paciente de la Clínica Dental de Bering, como solicitar su primera cita, como fijar la hora de su cita, y otra información que usted necesita saber.

Si usted vive en los siguientes condados usted debe registrarse con las agencias de registros CPCDMS, antes de aplicar en la Clínica Dental. Estos condados son: **Chambers, Fort Bend, Harris, Liberty, Montgomery y Waller.** Información sobre la ubicación de las agencias CPCDMS está incluida con este paquete (pagina 6).

Días de Admisión: *POR FAVOR, REFIERASE A LA INFORMACION SOBRE LOS DIAS PARA ADMISIONES A NUEVOS PACIENTES (PAGINA 3).* Ese día, usted se reunirá con un miembro del personal de la clínica, quien ASEGURARA de que su documentación está completa.

Usted debe traer su paquete de registro o admisión YA completa además de los siguientes documentos y PRUEBA DE REGISTRO CON CPCDMS si vive en los condados mencionados anteriormente:

- 1. Conteo completo de Sangre (CBC).** Este análisis **debe** haber sido tomado dentro de los últimos seis meses, ya que este examen es válido por solo seis meses. Tendrá que ser renovado cada seis meses y traído a la clínica.
- 2. Declaracion de Doctor.** Usted debe demostrar la prueba de un diagnosis del VIH o del SIDA. *Éste es a parte del CBC* y puede ser cualquier prueba Western Blot de la mancha blanca /negra o una declaración del tratamiento de su médico. Pueden también circular el diagnosis en el de nosotros esta proporcionado en el extremo de este paquete.

3. **Prueba de Identidad.** Tarjeta de Identificación de Texas, Licencia de Conducir del estado de Tejas, o la Tarjeta de identificación de la escuela o del estado. **Debe** tener fotografía del paciente.
4. **Prueba de Residencia.** Aplicatantes registrados en CPCDMS no necesitan otra prueba de residencia. Para applicants viviendo fuera los condados de CPCDMS, pueden someter una factura de electricidad, teléfono o cable con el nombre del paciente y con su dirección actual. Otros documentos aceptados son el contrato de arriendo en nombre del paciente, una carta del gobierno (SSI/SSD) dirigida al paciente o una carta de su trabajador(a) social o agencia señalando la dirección del lugar donde usted vive. La tarjeta de Identificación o la licencia de conducir de Tejas **NO** pueden ser usadas como Prueba de Residencia.
5. **Prueba de Ingresos.** Aplicatantes registrados en CPCDMS no necesitan otra prueba de Ingresos. Para applicants viviendo fuera los condados de CPCDMS, necesitan Una carta del Seguro Social actual, un talón de cheque de ingresos actual, una carta de apoyo financiero, o tres estados consecutivos de cuenta bancaria si está viviendo de sus ahorros.

Estos documentos *deben* ser actualizados **por usted** cada año calendario. Después de completar todos estos requisitos, su primera cita será para el examen y la toma de radiografías.

No se le realizará tratamiento dental en esta primera cita.

Por favor, asegúrese de que todas las formas adjuntas estén completas (EN PLUMA) *antes* del día de admisión. Esté seguro de haber firmado y haber escrito la fecha donde es requerido. Las formas incompletas serán regresadas y esto atrasará su registro para servicios dentales.

Por favor, *no* envíe sus *aplicaciones completados por correo o fax*. Asegúrese de traer todo con usted cuando venga a registrarse.

- **APLICACIONES MANDADOS POR FAX NO SON ACEPTADAS.**
- **APLICACIONES DEJADOS POR 6 MESES SERAN DESTRUIDOS.**

Bering Omega Community Services - Dental Clinic
1427 Hawthorne Street
Houston, Texas 77006
Teléfono: 713-529-6071
Fax: 713-524-7995



ADMISIÓN PARA NUEVOS PACIENTES

Días de Admisión para nuevos pacientes son Lunes y Viernes. El coordinador de admisiones está disponible de 9:00 am a 1:00 pm solo estos días. Por favor de llegar temprano porque el coordinador de admisiones puede irse antes de las 1:00 pm.

NO NECESITAS UNA CITA

Por favor tenga su paquete de ***aplicación completo*** y toda la documentación requerida cuando usted llegue para su registro.

Los aplicantes serán vistos en el orden que llegan *con su documentación completa*.

En su primera cita, alguien revisará su expediente, explicará polizas, y le dará su primera cita para su examen.

NO SE REALIZARA TRATAMIENTO DENTAL DURANTE ESTA CITA.

Su primera cita solamente será para examen y radiografías. El doctor le explicará su plan de tratamiento y haremos su primera cita para cualquier tratamiento necesario.

ATTENTION CLIENTS

Bering Omega Community Services se sienta muy orgullosa y satisfecha de haber estado ofreciendo excelente salud dental, gratis, a sus valiosos clientes desde 1987.

La entidad de Recursos de Salud y Servicios Administrativos (HRSA) esta haciendo que cobremos un honorario por servicios prestados, (un pago dependiendo de los ingresos) a los pacientes o clientes que estan sobre el 100% del nivel de pobreza de la escala federal.

Bering Omega Community Services comenzara a cobrar \$20 de co-pago por cada visita dental a todos los clientes que esten sobre el 100% del nivel de pobreza en la escala federal.

Apreciamos mucho su entendimiento y cooperacion, lo que nos ayudara a continuar ofreciendo la major calidad de servicio dental al mayor numero de pacientes posible.

BeringOmega
Community Services



Clínica Dental ***Poliza de Citas***

Citas Regulares

Citas regulares son aquellas que se le darán con un doctor a una hora específica. Usted debe estar en la Clínica 15 minutos antes de la hora señalada para su cita. Si usted no está presente 15 minutos antes, posiblemente no será atendido. Si necesita cancelar o cambiar le fecha de su cita, debe llamar por lo menos con 24 horas de anticipación y necesita hablar con un trabajador de la oficina. Si usted no llega a tiempo o no llama con 24 horas de anticipación para cancelar, por dos veces, usted perderá la oportunidad y no será elegible para citas regulares. Se le darán entonces citas de Espera.

Citas De Espera

Citas de Espera son aquellas en que se cita un grupo de pacientes a la misma hora y se lo atiende dentro del horario como mejor se pueda. *Es posible esperar por varias horas y su paciencia será agradecida*. Si la clinica esta llena y necesitamos cambiar la fecha de su cita, le daremos otra cita de Espera.

Como Ser Cambiado de Citas de Espera

Para ser cambiado de citas de Espera y volver a ser elegible para citas regulares usted tendrá que estar A TIEMPO para dos citas de Espera consecutivas, o esperarse seis meses para regresar a citas regulares. Usted regresará a citas regulares después de cualquier de estas dos cosas que ocurra primero.

Por favor solamente cancele o cambie sus citas, si es totalmente necesario. Cualquier interrampcion al horario puede hacernos volver completamente a las policia de citas de Espera .



GUARDERIA GRATIS

¿Tiene niños que necesitan ser supervisados mientras usted está visitando la Clínica Dental o el Centro de Cuidado? Menores de 12 años no pueden ser dejados sin supervisión en la sala de espera.

La Organización (AIDS Coalición) de Personas con SIDA ha establecido una guardería infantil. Las horas de atención son solamente los jueves de 8:00 am a 5:00 pm. Este servicio es GRATIS y está disponible solo para los clientes de la Clínica Dental y el Centro de Cuidado durante su cita.

Registración es necesaria una vez antes de necesitar los servicios. Después de registrarse tiene que hacer una cita con AIDS Coalición.

Para calificar se requieren estos documentos:

- Prueba de VIH
- Prueba de residencia
- Prueba de Ingresos
- Identificación válida

ATENCIÓN: NECESITA CONFIRMAR CON LA GUARDERIA 24 HORAS ANTES DE SU CITA PARA APARTAR SU LUGAR.

*Para información adicional llame a
713-873-4162*

Bering Omega

Community Services

CLÍNICA DENTAL

Apreciado Cliente,

Para cumplir con los requisitos exigidos por nuestros proveedores de recursos financieros, nuestros pacientes deben registrarse en el nuevo sistema de computadora llamado CPCDMS. Este sistema le permitirá a Ud. mostrar su **prueba de ingresos económicos** y su **prueba de residencia** una vez por año en el sitio donde se registre y luego todas las agencias asociadas podrán tener acceso a este sistema. Usted mostrará estos documentos en una sola agencia, y no tendrá que llevarlos para cada agencia donde usted necesite recibir atención, como usted ha hecho en el pasado. Si usted no está registrado, no lo podemos ver.

Si usted vive en uno de los siguientes condados, se debe registrar en una de las agencias de registro CPCDMS. **Estos condados son: Chambers, Fort Bend, Harris, Liberty, Montgomery, y Waller. Información sobre localización de las agencias CPCDMS está abajo.**

CPCDMS sitios y contactos de las oficinas de registro:

AGENCIA	CONTACTO	# TELEFONICO
AIDS Foundation Houston, Inc.	Bob Taylor	(713) 623-6796
Baylor College of Medicine	Kristin Close	(832) 822-1366
Bering Omega - Hospice Care	Sandy Stacy	(713)341-3781
City of Houston	Sherifat Akorede	(713) 715-8548 cell
Family Services of Greater Houston*	Patrick Richoux	(713) 868-4466
Fort Bend Family Health Center	Sylvia Teeple	(281) 342-0529 x138
Harris County Hospital District	Gail Green	(713) 873-4188
Harris County Sheriff's Office (Jail)	Sam Lopez	(713) 755- 8962
Houston Area Community Services	Ernesto Macias	(713) 426-0027
Legacy Community Health Services	Catherine Yaple	(713) 830-3032
Montrose Counseling Center	Peggie Utecht	(713) 529-0037 x360
St. Hope Foundation	Timika Sam	(713) 778-1300
UT Health Science Center	Kecia Graham	(713) 500-6443

El sistema está diseñado para hacer que el cliente reciba servicios con facilidad de cualquiera de las diferentes agencias. Por favor llame a una de las agencias de registro señaladas arriba y pida su cita para su registro antes de registrar a la Clínica Dental.

Si necesita asistencia adicional o tiene alguna duda o pregunta por favor llame a la persona de contacto de una de las agencias de registro, o pregunte a uno de los miembros del personal de la recepción de la clínica.

Por favor nota que necesita mostrar **prueba de identidad y prueba de diagnóstico** a nosotros solo **UN VEZ**. También tiene que mostrarnos su **Conteo Completo de Sangre (CBC)** cada 6 meses, de la fecha de su último conteo.

Gracias por su cooperación.

HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL
(Por Favor Escriba En Letra De Molde Lo Siguiente)

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado: _____

Código Postal: _____ Condado: _____ Casa # Tel: _____ Otro # Tel: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Número SS: _____

Orientación Sexual: _____ Heterosexual _____ Homosexual _____ Bisexual

EN CASO DE EMERGENCIA AVISARÁ:

Nombre: _____ Tel #: _____ Parentesco: _____

¿Si usted está llenando esta forma para otra persona, cual es su nombre y su parentesco con el paciente?:

Nombre

Parentesco:

PRIMARIO DOCTOR DE HIV: _____

CLÍNICA MÉDICA: _____ Tel #: _____

HISTORIA DENTAL

Por favor describa sus problemas dentales actuales como dolor, inchado, o sensibilidad:

¿Cuando le hicieron su última limpieza dental? _____ ¿Radiografías dentales? _____

¿Ha tenido problemas anteriormente durante sus tratamientos dentales? SI NO
(SI afirmativo, describa por favor):

Firma: _____ Fecha: _____

Aunque el personal dental trate principalmente el área en alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted puede tener, o la medicina que usted puede estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibe. Gracias por contestar las preguntas siguientes.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| ¿Está usted bajo el cuidado de un médico? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, explique por favor: _____ |
| ¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, explique por favor: _____ |
| ¿Ha tenido usted una herida grave de cabeza o cuello? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, explique por favor: _____ |
| ¿Toma usted cualquier medicina, píldoras o drogas? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, explique por favor: _____ |
| ¿Ha tomado o toma, Phen-Fen o Redux? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, explique por favor: _____ |
| ¿Ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro meicamento que contiene bifosfonatos? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, explique por favor: _____ |
| ¿Está usted en una dieta especial? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, cuantos paquetes por día: _____ |
| ¿Utiliza usted tabaco? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> No | Si sí, explique por favor: _____ |
| ¿Utiliza usted sustancias controladas (drogas)? | | | |

Mujeres Solamente: Esta usted Embarazada/tratando de embarazarse? Si O No ¿Tomando anticonceptivos orales? Si O No Alimentando con seno? Si O No

Tiene usted alergia a cualquiera de lo Siguiente:

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílica Metal Látex Anestésicos locales Sulfa drgs
 Otro Si sí, expliqué por favor: _____

¿Tiene usted, o ha tenido usted, cualquiera de lo siguiente?

SIDA/VIH Positivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Medicina de Cortisona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Diálisis renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer Anafilaxis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Fiebre Reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Drogadicción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Frecuenté falta de aire	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Artritis/gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Presión alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Herpes Zoster	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Válvula de corazón artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Epilepsia o Ataques	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Colesterol alto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfermedad de Célula de hoz	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Coyuntura artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Sangrar Excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Hipertensión o Erupción de piel	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Problemas Sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Sed Excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Spina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Enfermedad de la Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Desmayos/Mareos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfermedad de estómago/intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Transfusión de Sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Tos Frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Problemas de Riñón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Embolia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Problemas en respirar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Frecuente Diarrea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Hinchazón de miembros	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Moretones fácilmente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Frecuente dolor de cabeza	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Herpes Genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Presión baja	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Tonsilitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfermedad Pulmonaria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Dolores de Pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Fiebre de Renitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Válvula mitral Prolapso	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Crecimientos o Tumores	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Herpes labial/Ampollas de Fiebre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Ataque/Falta al corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Desorden congénito del Corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Murmullos de corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Dolor en coyuntura de quijada	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfermedad Venéreas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Fabricante de paso del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Enfermedad Paratiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Ictericia amarilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No
		Problemas de corazón o enfermedad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No	Cuidado Psiquiátrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No		
				Radioterapias	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No		
				Recién Pérdida de peso	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> O <input type="radio"/> No		

¿Ha tenido usted alguna enfermedad grave no listada arriba? Si O No Si sí, explique por favor: _____

Comentarios:

Confirmando que las preguntas en esta forma han sido contestadas verdaderamente y exactas ah lo mejor de mi conocimiento. Comprendo que proporcionando información falsa o inexacta puede ser peligroso a mi (el paciente) salud. Comprendo que es mi responsabilidad de informar la oficina dental de cualquier cambio en mi estatus médico.

FIIRMA DEL PACIENTE, PARIENTE O GUARDIAN _____ FECHA _____

SIGNATURE OF DENTIST _____ DATE _____

Marque por favor cualquier medicina de VIH que usted toma actualmente:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> 3TC (Lamivudine, Epivir) | <input type="radio"/> Fosamprenavir (Lexiva, Telzir) |
| <input type="radio"/> Abacavir (Ziagen) | <input type="radio"/> FTC (Emtricitabine, Emtriva) |
| <input type="radio"/> Amprenavir (Agenerase) | <input type="radio"/> Indinavir (Crixivan) |
| <input type="radio"/> Atazanavir (Reyataz) | <input type="radio"/> Isentress (Raltegravir, MK-0518) |
| <input type="radio"/> Atripla (Efavirenz/Tenofovir/FTC) | <input type="radio"/> Kaletra (Lopinavir/Ritonavir) |
| <input type="radio"/> AZT (Zidovudine, Retrovir) | <input type="radio"/> Nelfinavir (Viracept) |
| <input type="radio"/> Combivir (AZT/3TC) | <input type="radio"/> Nevirapine (Viramune) |
| <input type="radio"/> d4T (Stavudine, Zerit) | <input type="radio"/> Ritonavir (Norvir) |
| <input type="radio"/> Darunavir (TMC114, Prezista) | <input type="radio"/> Saquinavir (Fortovase, Invirase) |
| <input type="radio"/> ddC (Zalcitabine, Hivid) | <input type="radio"/> T-20 (Enfuvirtide, Fuzeon) |
| <input type="radio"/> ddI (Didanosine, Videx) | <input type="radio"/> Tenofovir (Viread) |
| <input type="radio"/> Delavirdine (Rescriptor) | <input type="radio"/> Tipranavir (Aptivus) |
| <input type="radio"/> Efavirenz (Sustiva, Stocrin) | <input type="radio"/> Trizivir (AZT/3TC/Abacavir) |
| <input type="radio"/> Epzicom (Abacavir/3TC, Kivexa) | <input type="radio"/> Truvada (Tenofovir/FTC) |

¿Toma usted cualquier medicina para hipertensión (alta presión) o diabetes?

O SI O No

¿Si su respuesta es sí, cuáles medicinas? _____

Liste por favor cualquier otra medicina que usted toma: _____

Iniciales del Paciente: _____

Dentist's Signature: _____

FORMA DE ADMISIÓN

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LAS RESPUESTAS AL SIGUENTE CUESTIONARIO:

Fecha de hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____ #SS _____

Preimer Apellido: _____ Primero nombre: _____ Segundo nombre: _____

Condado: _____ Teléfono de Casa: _____ Otro Telefono: _____

Apellido de la Madre soltera _____

REFERIDO POR

- _____ Médico/Clinica: _____
- _____ Case Manager: _____
- _____ Amigo
- _____ Servicio Médico a Casa/Trabajador Social:
- _____ Otra agencia de servicios

CATEGORIA DE INFECCION DEL VIH

- _____ Homosexual/Bisexual unicamente
- _____ Homosexual/Bisexual y drogas entranvenosas
- _____ Heterosexual unicamente
- _____ Heterosexual unicamente Heterosexual unicamente
- _____ Transfusión de sangre o transplante
- _____ Otro/No determinado

ESTATUS DEL VIH

- _____ VIH+ sin enfermedad relacionada a VIH
- _____ VIH+ con enfermedad relacionada a VIH
- _____ Diagnóstico de SIDA

FECHA DEL DIAGNÓSTICO: _____

GENERO

- _____ Hombre
- _____ Mujer

ESTADO MARITAL

- _____ Divorciado
- _____ Casado
- _____ Nunca Casado
- _____ Separado
- _____ Viudo

Tienes Medicaid?

No _____ Si _____

Tienes Medicare?

No _____ Si _____

RAZA

- _____ Afro-Americano (AA)
- _____ Asiático
- _____ Indio Americano (IA)
- _____ Blanco
- _____ Isleño del Océano Pacifico

Multi-Racial:

- _____ Afro-Americano/ Blanco
- _____ Asiático/ Blanco
- _____ Indio Americano/Afro-Americano
- _____ Indio Americano/Blanco
- _____ Otro Multi-Racial
- _____ Otro: _____

Origen Hispano? _____ Si _____ No

IDIOMA PRINCIPAL

- _____ Inglés
- _____ Español
- _____ Lenguaje por señas (Americano)
- _____ Otro: _____

EDUCATION

- _____ Estudio Universitarios
- _____ Graduado de Estudios Avanzados
- _____ Graduado en Estudios Secundarios/
Diploma General de Equivalencia de la Secundaria
- _____ No Graduado de la Secundaria
- _____ Algun estudio Universitario

RELIGION (optional)

- _____ Budista
- _____ Catolico
- _____ Protestante
- _____ Judio
- _____ Musulman
- _____ Ninguno

Quien es su proveedor de Seguro Dental?

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR/PEDIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Yo, _____, _____, por medio del presente autorizo al personal de Bering Omega
Escribe el nombre del cliente Fecha de nacimiento

Community Services a revelar o recibir información con las entidades o personas que están identificadas abajo con el propósito coordinar la asistencia dental.

Su información médica/dental, incluyendo fotografías clínicas, pueden ser usadas para investigación o para efectos de publicación. También lo contactaremos por correo, electrónico o comunicación telefónica referente a los tratamientos o servicios obtenidos aquí.

Este consentimiento puede ser revocado por escrito por la persona abajo firmante en cualquier momento, con la excepción que alguna acción haya sido tomada previo a la revocación.

Una fotocopia de este consentimiento debe ser considerada tan efectiva como la original.

NOMBRE	RELACION	NUMERO DE TELEFONO
	Clinica	
	Primario doctor de HIV	
	Emergencia avisará	

YO ENTIENDO QUE ESTE CONSENTIMIENTO SE VENCE DENTRO DE DOS AÑO DEL DIA EN EL CUAL FUE FIRMADO.

Y YO ENTIENDO SU SIGNIFICADO. TODOS LOS ESPACIOS FUERON LLENADOS ANTES DE SER FIRMADOS POR MI.

Firma del cliente (si tiene edad legal y es competente)

Fecha

Padre/Guardián/Abogado

Fecha

Escriba el nombre / Testigo del personal de Bering

Firma del testigo/Personal de **Bering Omega**

Fecha

Sistema de Administración de Información Centralizada para el Cuidado del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS

<i>Client 11-Character Code</i>										

Yo, _____ deseo recibir los servicios entregados por **Bering Omega Community Services** mantenido por los Servicios Públicos de Salud del Condado de Harris -Servicios VIH.

Yo comprendo que las actividades principales incluyen evaluar mi elegibilidad y necesidades, entregándome los servicios solicitados, interrelacionándome con otras agencias dentro del CPCDMS y asegurando la coordinación, monitorización y calidad de los servicios recibidos.

Entiendo que no se incorporará ninguna información confidencial que pertenece a mí en CPCDMS. Comprendo que ninguna información o registro asociado con mi caso será dado a conocer intencionalmente a cualquier persona o agencia sin mi consentimiento escrito, citación, orden de la corte o estatuto legal. Además entiendo que un consentimiento adicional para la difusión o intercambio de información para verificar mi calificación será requerido *antes* de que yo reciba los servicios que cuentan con los fondos de Ryan White I.

Al firmar (abajo) doy permiso para que información no identificada en relación a mi demografía y servicios sea ingresada al CPCDMS en el sistema central. El sistema de base de datos centralizado podrá ser alcanzado por personal autorizado para evaluar la provisión del sistema de servicios de planificación, desarrollo de programas, reportes estadísticas y propósitos de investigación. Ninguna información que me identifique, como mi nombre, dirección, número de seguro social serán almacenados en el sistema central. Sin embargo, administradores de sistemas tendrán autorización de obtener tal información acumulada en el sitio de la agencia.

Estoy entregando este consentimiento por mi propia voluntad. Este consentimiento permanecerá efectivo hasta que entregue una declaración escrita revocando dicho consentimiento.

Libero a las entidades administradoras de los fondos de estos servicios, los Servicios Públicas de Salud del Condado de Harris, el que es enteramente responsable por velar y mantener los CPCDMS, **Bering Omega Community Services**, sus oficiales, directores, miembros del directorio, empleados, agentes (voluntarios, estudiantes) de todo daño, pérdida, deuda (conjunta o masiva), pago, obligación, penalidad, reclamo, litigación, demanda, defensa, juicio, proceso, costos, desembolso o cargo (incluso sin limitación, tarifas o gastos de abogados u otros consejeros profesionales y/o testigos expertos, así como costos de investigación y preparación) de cualquier tipo o naturaleza resultante de, relacionada con o emergente de mi recepción de servicios.

Yo he recibido una copia de mis derechos como cliente y la oportunidad de discutir dichos derechos en un idioma y formato que yo he entendido.

FIRMA DEL CLIENTE O MARCA (SI ES MAYOR DE EDAD Y LEGALMENTE COMPETENTE):	FECHA:
PARIENTE/GUARDIAN/PODER LEGAL (CON COPIA ADJUNTA):	FECHA:

Sistema de Administración de Información Centralizada para el Cuidado del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA VERIFICAR CALIFICACIÓN PARA LOS SERVICIOS

<i>Cliente 11-Codigo de Carácter</i>										

Yo, _____, _____, por la presente autorizo a
NOMBRE DE CLIENTE FECHA DE NACIMIENTO

Bering Omega Community Services para entrar **al Sistema de Administración de Información Centralizada para el Cuidado del Paccinte (CPCDMS)**, para verificar mi inscripción en cualquier agencia que esté vinculada en el CPCDMS mantenido por los Servicios Públicos de Salud del Condado de Harris, Servicios VIH.

El propósito de este intercambio es verificar mi elegibilidad para los servicios que cuentan con los fondos de Ryan White I, entregados por esta agencia y está limitado a la siguiente información:

- La fecha de mi registro y estado vigente
- El nombre de la agencia quien mantenga mi expediente
- La fecha de terminación de mi elegibilidad
- Mi condición de VIH/SIDA
- Mi código postal y condado de residencia
- Mi calificación financiera (sobre mis ingresos)

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones federales de confidencialidad de Alcohol y Drogas de los registros de Pacientes, 42 CFR, parte 2, Sección 33 de Ley Pública 91-6161 enmendada por Ley Pública 92-282, Código de Salud & Seguridad de Texas, Capítulo 81, Sección 81.050 y todas las leyes locales y estatales aplicables, reglas y regulaciones y no podrán ser revelados sin mi consentimiento escrito a no ser que sea estipulado en las regulaciones. Estoy autorizando esta revelación/intercambio por mi propia voluntad y por consentimiento informado. Dicho consentimiento podrá ser revocado por escrito en cualquier momento a menos que, de conformidad a dicha autorización, alguna acción legal haya sido tomada anteriormente.

Adicionalmente, comprendo que este consentimineto expirar y ser obtendio nuevamente en dos años después de la fecha firmada/fecha de debajo.

Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el documento original.

FIRMA DEL CLIENTE O MARCA
(SI ES MAYOR DE EDAD Y LEGALMENTE COMPETENTE)

FECHA

PARIENTE/GUARDIAN/PODER LEGAL (CON COPIA ADJUNTA)

FECHA



PROCEDIMIENTOS DE APELACIONES Y QUEJAS/ RECLAMOS PARA EL CLIENTE

Los servicios de comunidad de Bering Omega desean fomentar la consideración pronto y ordenada y la resolución de las preguntas del cliente, de las quejas, de los conflictos, etc.

Para los propósitos de este documento, el "cliente" se refiere a cualquier persona que reciba servicio individual de los programas de Bering Omega.

PROCEDIMIENTO

El proceso siguiente se diseña para resolver todas las preguntas del cliente, quejas, conflictos, etc. que puedan presentarse durante la relación de cliente de Bering Omega de una manera justa y eficiente.

1. Discusión Inicial:

Donde las preguntas, quejas, conflictos, etc. no se resuelven después de discusiones iniciales, el cliente debe tratar sus ediciones al **Encargado del Programa** o **Director del Programa**. Los encargados del programa deben escuchar las preguntas, las quejas, los conflictos, etc. y resolver tales ediciones al mejor de su capacidad, comunicando sus decisiones a los clientes de una manera oportuna.

2. Visé Presidente de Mediación y de Respuesta de Operaciones: Si descontentan a los clientes después de sus discusiones iniciales con un encargado de programa, el cliente debe tratar después sus ediciones al **Visé Presidente de Operaciones**. El Visé Presidente de Operaciones debe investigar las situaciones, discutir las ediciones con el cliente, y responder al cliente en el plazo de una (1) semana después de la discusión.
3. Revisión del Presidente: Si descontentan a los clientes con la respuesta del Visé Presidente de Operaciones, el cliente debe tratar después sus ediciones **en escrito** al **Presidente**. Se espera que el Presidente repase las situaciones, tome una decisión, y entre en contacto con el cliente en el plazo de dos (2) semanas de la revisión para discutir la decisión. La decisión del Presidente será considerada final y terminará la revisión interna de las ediciones de los clientes.
4. Si algunas ediciones se refieren al Presidente, y si descontentan a algunos clientes después de sus discusiones iniciales con el Presidente, el cliente debe tratar sus ediciones, **en la escritura**, a la **Silla del Tablero de Administradores**. La Silla debe investigar las situaciones y responder con su decisión, en la escritura, al cliente en el plazo de treinta (30) días de la investigación. La decisión de la Silla será considerada final y terminará la revisión de Bering Omega de las ediciones de los clientes

I. PROCESO DEBIDO EXTERNO

Si descontentan al cliente con la decisión de los servicios de Comunidad de Bering Omega con respecto a quejas y reclamos, el cliente tiene el derecho de perseguir un proceso debido externo.

CUALQUIER CLIENTE TIENE EL DERECHO DE ARCHIVAR UNA QUEJA O RECLAMO CON EL DEPARTAMENTO DE QUEJAS DE LOS SERVICIOS HUMANOS (512) 834-6788, P.O. BOX 149030, AUSTIN, TEJAS 78714-9030; GRUPO REGIONAR DEL RECURSO DE HOUSTON HIV/ SIDA, 500 LOVETT BLVD, HABITACIÓN 100, TEJAS 77006, (713) 526-1016; O CONSEJO DEL PLANEAMIENTO DEL CONDADO DE HOUSTON/HARRIS (BLANCO DE RAYN), 223 LAZO DEL OESTE DEL SUR, HABITACION 417, HOUSTON, TEJAS 77027. (713) 439-6090.

EN LA OPERACIÓN DE LOS PROGRAMS ESPECIALES DE LA NUTRICIÓN, NO DISCRIMINAN A LOS PARTICIPANTES CONTRA DEBIDO A LA RAZA, SEXO, COLOR, ORIGEN NACIONAL, EDAD, CREENCIA POLÍTICA, RELIGIÓN O DISABILIDAD, SI USTED CREE QUE LE HAN DISCRIMINADO, ESCRIBE INMEDIATAMENTE A:

Director: Departamento de Derechos Civiles
701 W. 51st Street (78751)
P.O. Box 149030 (78714-9030)
Mail Code W- 106
Austin, Texas

Voz-521-438-3630
TDD-521-438-4313
Fax 521-438-4748

O Usted puede comunicarse con

Secretario de la Agricultura, Washington, D.C. 20250

He leído y he entendido los procedimientos de la queja contenido en esto, y he recibido una copia de este procedimiento.

La firma del Cliente

Fecha

La firma del Guardián

Fecha

La firma del Personal de Bering Omega

Fecha

FORMA DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE
NOTIFICACIÓN, ACUERDO, OTORGAMIENTO, INDEMNIZACIÓN,
LIBERACIÓN DE TODA CULPA Y ALIANZA PARA NO DEMANDAR

CADA PACIENTE (O SU TUTOR O ASESOR LEGAL) DE LA CLÍNICA DENTAL, REQUIERE LEER Y FIRMAR LO SIGUIENTE:

1. La CLÍNICA DENTAL es operada y mantenida por el SERVICIO COMUNITARIO BERING OMEGA. SERVICIO COMUNITARIO BERING OMEGA es una corporación benéfica sin afán de lucro, con un status 501 © (3).
2. La CLÍNICA DENTAL se encuentra atendida por dentistas contratados, así como dentistas voluntarios, higienistas dentales y otro personal de apoyo.
3. Debido a los fines de beneficencia y no lucrativos de la CLÍNICA DENTAL y de S.C.B.O., es necesario notificar a cada Paciente de la naturaleza LIMITADA y de MEDIO TIEMPO de los servicios ofrecidos por la CLÍNICA DENTAL. Además, la CLÍNICA DENTAL, sus benefactores y S.C.B.O. requieren que cada Paciente (tutor o Asesor Legal) firme el siguiente Acuerdo con respecto a la divulgación de información, límites e indemnización por parte de la CLÍNICA DENTAL, los benefactores y S.C.B.O. hacia el Paciente.

NOTIFICACIÓN DE SERVICIOS LIMITADOS Y DE MEDIO TIEMPO

4. La CLÍNICA DENTAL provee únicamente servicios LIMITADOS y de MEDIO TIEMPO que no requieren hospitalización a individuos que sufren del síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) y la enfermedad relacionada a VIH.
5. La CLÍNICA DENTAL opera únicamente en ciertos días y a ciertas horas durante la semana y está sujeta a la disponibilidad de los dentistas y del personal. No abren en días festivos.
6. La CLÍNICA DENTAL no tiene la intención o debe asumirse que es una clínica de “tiempo completo”. Ni la CLÍNICA DENTAL (incluyendo S.C.B.O.) ni cualquier voluntario asociado con estas llevará a cabo, prometerá o será contratado para proveer otro servicio que no sea considerado LIMITADO y que pueda ser llevado a cabo dentro de la CLÍNICA DENTAL. Asimismo, debido a que la CLÍNICA DENTAL depende de dentistas, higienistas y asistentes voluntarios, la CLÍNICA DENTAL, sus dentistas voluntarios, el personal y S.C.B.O. no se comprometen a proveer ningún tipo de servicio a cualquier hora distinta a las de las horas de operación anunciadas en la CLÍNICA DENTAL, durante las cuales la CLÍNICA DENTAL puede estar abierta y atendida por lo menos por un dentista voluntario con licencia, de medio tiempo. Lo que lo anterior quiere decir, es que los servicios de emergencia y/o fuera de lo común no pueden y no serán ni ofrecidos, ni proporcionados. Los dentistas voluntarios no tienen ningún tipo de obligación hacia el Paciente para proveer servicio en sus consultorios particulares, clínicas o instituciones, a ninguna hora que no sea en la que el Paciente se encuentre físicamente presente en la CLÍNICA DENTAL para los propósitos de recibir atención de estos voluntarios. La CLÍNICA DENTAL y S.C.B.O. no se comprometen a ver, solicitar, o proveer de ninguna manera atención fuera de la clínica, alterna, sustituta, o servicios extraordinarios o de emergencia para el Paciente. Este tipo de servicios seguirán siendo la responsabilidad absoluta del Paciente o de su Padre o Asesor Legal.
7. Debido a la naturaleza no lucrativa y benéfica de F.S.C.B. de su dependencia de las contribuciones y voluntarios para operar la CLÍNICA DENTAL, esta CLÍNICA DENTAL está sujeta a poder ser cerrada indefinidamente a cualquier hora sin notificación previa. El Paciente será ofrecido y recibirá servicios dentales sujeto a esta contingencia.

ACUERDO DEL PACIENTE (Y/O PADRE O ASESOR LEGAL)

Tomando en consideración y considerando que el Paciente recibirá servicios LIMITADOS y de MEDIO TIEMPO por parte de la CLÍNICA DENTAL, queda entendido y acordado por el Paciente (Padre o Asesor Legal) que:

8. El Paciente (Padre o Asesor Legal) ha leído las cláusulas y notificaciones anteriores y firma este acuerdo de manera voluntaria.
9. El pago por servicios, si es que lo hay, pagado por o a favor del Paciente por servicios otorgados representa un precio a costo o por debajo del costo real del cual no se obtiene ningún lucro.
10. Tomando en consideración que no existe lucro y que además existe reducción de precios, el Paciente (Padre o Asesor Legal) acepta LIBERAR DE RESPONSABILIDAD A LA CLÍNICA DENTAL en caso de lesiones recibidas, reclamos, y daños de cualquier índole incluyendo daño de muerte, que el Paciente pueda sufrir mientras recibe tratamiento dental en o de parte de la CLÍNICA DENTAL, cuando estos daños y lesiones por cualquiera causa, resulten todos o en parte por la negligencia, acciones, conducta u omisiones del Paciente (Padre o Asesor Legal), o por la negligencia, acciones, conducta u omisiones del cualquier otra persona o entidad, incluidas específicamente, pero no limitada a las siguientes:

- 10A. La CLÍNICA DENTAL, el SERVICIO COMUNITARIO BERING OMEGA, cualquier dentista, dentista voluntario, higienista, benefactor, asesor, consultor, o cualquier otro personal de apoyo asociado con la CLÍNICA DENTAL de cualquier forma y/o cualquier otra persona o entidad que done total o parcialmente, o descuenta sus costos, dinero, servicios o trabajo a la CLÍNICA DENTAL o a S.C.B.O.
11. Este acuerdo y liberación de responsabilidades constituyen un TOTAL ACUERDO Y ENTENDIMIENTO DE QUE NO SE DEMANDARÁ por parte del Paciente (Padre o Asesor Legal) por uno o todos los daños o lesiones recibidas, aun cuando estos hayan sido el resultado de ocasionados total o parcialmente por servicios otorgados, servicios no otorgados, cualquier equipo o producto utilizado o no utilizado o por las condiciones del local, o por las personas o entidades mencionados más ampliamente en el párrafo anterior 10A.
12. El Paciente (Padre o Asesor Legal) asume todos los riesgos por los servicios proporcionados, así como los riesgos inherentes al local o a la localización de la CLÍNICA DENTAL.
13. Con el máximo alcance permitido por la ley, queda entendido por todas las partes involucradas que no se han otorgado representaciones, garantías o promesas al Paciente (Padre o Asesor Legal) por parte de las personas o entidades mencionadas en el párrafo 10A, aun cuando hayan sido mencionadas o dados a entender. (NOTA: Las Garantías y/o promesas sobre las cuales las Leyes Federales o de Texas no permiten renunciadas, no se encuentran cubiertas por este párrafo.)
14. Al aplicar y recibir servicios de la CLINICA DENTAL, el Paciente (Padre o Asesor Legal) afirma y garantiza que el Paciente ha sido diagnosticado como VIH positivo y ha estado expuesto al virus que causa el SIDA. El Paciente (Padre o Asesor Legal), acepta, promete y acuerda que nunca habrá ninguna queja o reclamo contra las personas o entidades mencionadas en el párrafo 10A de que el Paciente ha sido expuesto al virus que causa el SIDA o al cualquier infección oportunista como resultado de servicios otorgados por cualquier personal de la CLÍNICA DENTAL.
15. Este acuerdo no disminuye o limita aquellas inmunidades o limitaciones de responsabilidad que se encuentran provistas por la ley, incluyendo, pero no limitándose únicamente al manual Prácticas Civiles de Texas y Códigos de Remediación (Texas Civil Practices and Remedies Code), 84.001 et seq.
- 15A. Que el paciente entienda que durante el tratamiento será necesario tomar fotografías de la boca, o varios partes del cuerpo, y estas fotos serán usadas para enseñar o publicar. La identidad del paciente será confidencial. También podrá ser necesario hacer una biopsia para diagnosticar la enfermedad y curar si es posible y también para enseñar y publicar.
16. Este acuerdo será continuo por naturaleza.
17. Este acuerdo tiene poder legal sobre el Paciente y los Padres del Paciente o Asesor Legal (si existe), así como los herederos del Paciente, abogado, ejecutores, administradores, representantes personales (incluyendo "mejor amigo"), o cualquier otra persona o entidad que se encuentre reclamando por, acerca de, sobre o en representación del Paciente y/o las propiedades del Paciente.
18. SEVERIDAD Si cualquier cláusula, provisión, parte o subparte (incluyendo partes de oraciones o párrafos) de este acuerdo, o su aplicación a cualquier persona, entidad o organización fuera inválida o de alguna otra manera no aplicable, esta invalidación o imposibilidad de aplicación, no afectará al resto de las cláusulas, provisiones, partes, subpartes, porciones de oraciones, párrafos, o aplicaciones de este acuerdo que puedan ser aplicadas sin necesidad de la cláusula, provisión, parte, subparte, o porción de oraciones o párrafos afectados
19. El Paciente (Padre o Asesor Legal) ha leído lo anterior completamente, incluyendo cada parte y subparte. El Paciente (Padre o Asesor Legal) asegura que el o ella entiende todo lo anterior y que es competente para comprender y firmar este documento. (Si el Paciente es menor de edad o de cualquier otra manera legalmente incompetente, el Padre del Paciente o el Asesor Legal ha leído y comprendido lo anterior en su totalidad, y está autorizado para firmar este documento en representación del paciente.

LEIDO Y FIRMADO el _____ de _____ de 20__

Firma del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

Si el paciente es menor de edad o de cualquier otra manera legalmente incompetente, este Acuerdo debe de tener la firma del Padre del Paciente o su Asesor Legal.

Padre o Asesor Legal del Paciente: _____

Bering Omega

Community Services

APPLICATION FOR HILL-BURTON ASSISTANCE DENTAL CLINIC

Apellido: _____	Primer Nombre: _____	Inicial: _____
------------------------	-----------------------------	-----------------------

EMPLEO

- _____ Desabilitado
- _____ Tiempo Completo
- _____ Tiempo Parcial
- _____ Tiempo completo en el Hogar
- _____ Retirado
- _____ Empleo Propio
- _____ Estudiante Tiempo Completo
- _____ Desempleado

ESTATUS DE LA VIVIENDA

- _____ Apartamento
- _____ Indigenta (sin-vivienda)
- _____ Casa
- _____ Casa o Residencia para Ancianos
- _____ Otro

TAMAÑO DE LA FAMILIA

DETERMINACIÓN DE ELIGIBILIDAD ANUNCIO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS NO COMPENSADOS

Para ser elegible para recibir servicios no compensados, sus ingresos familiares deben estar por debajo de los siguientes niveles:

Tamaño de la Unidad Familiar	Línea Guía de Pobreza (300%)	Nota: Por unidad familiar con más de 8 miembros, agregue add \$11,220 por cada miembro adicional.
1	\$ 32,490	
2	\$ 43,710	
3	\$ 54,930	Mi ingreso mensual es: \$ _____
4	\$ 66,150	
5	\$ 77,370	Mi ingreso anual es: \$ _____
6	\$ 88,590	
7	\$ 99,810	
8	\$ 111,030	

Yo certifico que toda la información anterior fue contestada lo mejor que pude. Si doy alguna información incorrecta, entiendo que La Clínica Dental puede reevaluar mi estado financiero y puede tomar la acción apropiada.

Firma: _____ Fecha: _____

(For Office Use Only) (Para uso de la oficina solamente)

Type of Income Verification: _____

Do you receive SSI or SSD? NO YES: _____

_____ The applicant is approved for care at no charge because they are under 300% of the current Poverty Income Guidelines.

Approved By: _____ Date: _____



FORMA DE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

La Clínica dental es una entidad que ofrece cuidado dental para adultos y adolescents que son positivos para VIH. La forma de inscripción se basa en el primero que llega es el primero en ser atendido. Los dentistas de la clínica son licenciados por los directores y examinadores dentales del estado de Texas, y son respaldados económicamente a través de fondos privados, subsidios del Departamento de Salud de Texas, y la fundación Ryan White. La atención dental es proveída sin ningún cargo para el paciente.

CRITERIOS PARA FORMAR PARTE DEL PROGRAMA DE LA CLINICA DENTAL:

- Personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana
- Personas con disfunciones mínimas y con necesidades mínimas ambulatorias y nutricionales.
- Personas cuyo comportamiento no es perjudicial para ellos mismos, otros pacientes, o el personal de la clínica.
- Personas que están bajo la supervisión de un médico y pueden proveer (o suministrar) un certificado médico que indique su estatus de VIH y los valores de su conteo completo de sangre (CBC). Personas en el caso de emergencia pueden suministrar su conteo completo de sangre y obtener cuidado médico antes de su cuidado dental rutinario.
- Personas que aceptan cumplir con las polizas y procedimientos de la clínica.
- Personas quienes, según la evaluación del entrevistador, son emocionalmente y metalmente estables, y quienes físicamente pueden interactuar con otros pacientes y el personal de la clínica.

DECLARACION DE DERECHOS DEL CLIENTE

Cada persona que recibe servicios bajo el Departamento de Salud de Texas (TDH) tiene el derecho a:

- No ser físicamente ni mentalmente abusado ni explotado
- Ser tratado con respeto y consideración, reconociendo su dignidad e individualidad. (El paciente debe responder con el mismo respeto y consideración hacia el personal de la clínica lo cual resultará en un ambiente seguro y claro para proveer tratamientos.)
- Recibir apropiado cuidado dental sin importar su raza, creencias religiosas, color, nacionalidad, sexo, edad, incapacidad física, estado marital, o su orientación sexual.
- Ser informado en una forma culturalmente sensible para discutir las necesidades del cliente y el propósito del tipo de tratamiento o cuidado que recibirá.
- Presentar sus quejas o reclamos al Personal de Bering Omega, a las agencias del estado, y a otras personas sin temor de que la atención sea negada. Las formas y procedimientos para presentar una queja le serán explicados al paciente (cliente) por cualquiera persona del personal de la clínica. (En el caso de que los procedimientos no pueden ser seguidos por un conflicto directo con la agencia administrativa o el sub-contratador, el reclamo puede ser entregado al consorcio.
- Tener sus expedientes confidencialmente, los cuales no pueden ser divulgados sin una autorización por escrita por parte del paciente. (El cliente puede revisar sus archivos o expedientes personales que son mantenidos por la agencia que proporciona el servicio.
- Tener la libertad de escoger cuando el paciente va a elegir un proveedor de consulta externa o el servicio de soporte psicosocial o trabajador social.
- Tener la oportunidad de participar activamente en la planeación de su tratamiento médico.
- Tener la oportunidad de rechazar el tratamiento.
- Participar en las encuestas anuales de evaluación.

HE LEIDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS Y LAS DECLARACIONES DE LOS DERECHOS DEL CLIENTE PARA LOS SERVICIOS DE VIH.

Firma del Paciente/Guardián

Fecha

Firma del Trabajador De Bering Omega

Fecha

Aviso de Practicas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO TU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA ASÍ CÓMO CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Leerlo con Atención

- 1. Propósito:** Bering Omega Community Services esta dedicado a dar servicios diseñados para cubrir tus necesidades. Igualmente estamos dedicados a respetar tu privacidad y a proteger la información que podemos recibir de tu parte. Hemos preparado este aviso para explicar que información recogemos y como la protegemos. Bering Omega y sus profesionales, empleados, y voluntarios siguen las prácticas de privacidad descritas en este aviso. La ley nos obliga a mantener la privacidad de tu información de salud en los expedientes impresos o electrónicos, y proteger la integridad, confidencialidad, y disponibilidad de tu información electrónica de la salud cuando es recogida, mantenida, utilizada o transmitida por Bering Omega. Sin embargo, debemos utilizar y divulgar tu información medica al grado necesario para darte una atención médica de calidad. Para hacer esto, Bering Omega debe compartir tu información medica cuándo sea necesario para operaciones de tratamiento, pago y de atención médico.
- 2. ¿Qué Información Recolectamos?:** Como parte esencial de nuestro negocio, obtenemos cierta información personal para dar servicio. Algo de la información viene directo del interesado, de aplicaciones o formas, y puede incluir la información que se proporciona durante visitas a nuestra agencia o mientras se habla con nuestro personal. Podemos también recibir la información de médicos y otros abastecedores o agencias de la salud. El tipo de información que recibimos puede incluir direcciones, numero de Seguro Social, información familiar, historia medica de la clínica corriente y del pasado, e información financiera.
- 3. ¿Cuáles son Tratamientos, Pagos, y Operaciones del Cuidado Medico?** El tratamiento incluye la distribución de la información entre agencias médicas implicadas en el cuidado de la salud. Por ejemplo, tu enfermera puede divulgar la información sobre tu condición a un farmacéutico o a un medico exterior para discutir medicaciones apropiadas. Bering Omega puede también divulgar tu información médica según los requisitos de Medicaid u otra entidad, tal como un plan de la salud, para las determinaciones de esa entidad respecto a, por ejemplo, necesidad médica o responsabilidad de pago de la entidad. Podemos también utilizar y divulgar tu información médica para mejorar la calidad del cuidado en Bering Omega, por ejemplo, para los propósitos de la revisión y del entrenamiento.
- 4. ¿Cómo Bering Omega Utilizara mi Información Médica?:** Tu información médica puede ser utilizada o divulgada, a menos que pidas restricciones en un uso o un acceso específico, para los propósitos siguientes:
 - Miembros de familia o amigos cercanos que pueden consentir a tu tratamiento constante con el estado y la ley federal.
 - Según los requisitos de la ley.
 - Actividades de la salud pública, incluyendo la prevención de enfermedad, lesión o inhabilidad; reportar nacimientos y muertes; pederastia o negligencia de niños; reportar reacciones a los medicamentos o a los problemas del producto; notificación de devolución de medicamentos dañinos; control de enfermedades infecciosas; notificación de sospechas a autoridades gubernamentales de abuso, de la negligencia o de la violencia en el hogar (si aceptas o como sea necesario o autorizado por la ley).
 - Actividades del descuido de la salud, por ejemplo, intervenciones, inspecciones, investigaciones, y licencias.
 - Pleitos y Demandas (Intentaremos proporcionarte la comunicación previa de una citación antes de divulgar la información.)
 - Petición de ley del • (por ejemplo, en respuesta a un orden judicial o a una citación).
 - A los forenses y a los examinadores médicos.
 - Ciertos proyectos de investigación aprobado por un comité examinador institucional.
 - Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad.
 - A las autoridades del comando militar, si eres un miembro de las fuerzas armadas.
 - Seguridad nacional y actividades de inteligencia.
 - La protección del presidente o de otra persona autorizada por los jefes de estado extranjero, o para conducir investigaciones especiales.
 - Agencia de Compensación de Trato. (Tu información médica con respecto a las ventajas para las enfermedades relacionadas con el trabajo se puede lanzar cuando apropiado.)
 - Para realizar el tratamiento, el pago, y operaciones del cuidado medico en función a través de socios, por ejemplo, para instalar unas nuevas computadoras.

Cierto tipo de información puede estar conforme a restricciones adicionales en acceso, tal como los resultados de prueba del SIDA o del VIH, estado u otra información relacionada y notas de la psicoterapia

5. Otras Maneras Bering Omega Pueden Utilizar mi Información Médica: Además Bering Omega puede contactarte para confirmar una cita y para informarte de alternativas en tu tratamiento, las ventajas o los servicios relacionados con tu salud que te pueden interesar (Tendrás la oportunidad de rechazar esta información).

6. Tu Autorización se Requiere para Otros Accesos: Excepto como descrito anteriormente, no utilizaremos ni divulgaremos tu información médica a menos que autorices a Bering Omega por escrito que divulgue tu información. Puedes revocar tu permiso, que será efectivo solamente después de la fecha de tu revocación escrita.

7. Tienes Derechos con Respecto a tu Información Médica: Tienes los siguientes derechos en respecto a tu información médica, a condición de que hagas una petición escrita de invocar tu derecho en la forma proporcionada por Bering Omega:

- **Derecho de pedir Restricciones.** Puedes pedir limitaciones en tu información médica que utilizamos o que divulgamos para el tratamiento de la salud, el pago u operaciones, pero no estamos obligados aceptar tu petición. Si aceptamos, vamos a respetar tu petición a menos que la información sea necesaria para tratamiento de emergencia
- **Derecho a Comunicación Confidencial.** Puedes pedir comunicaciones de cierta manera o en cierta localización, pero debes especificar como o donde deseas ser contactado.
- **Derecho a Copias y Verificación.** Tienes el derecho de verificar y copiar tu información medica con respecto a decisiones sobre tu cuidado. Podemos cobrar por copias, envíos, y materiales. Bajo circunstancias limitadas, tu petición puede ser negada; puedes pedir en algunos casos la revisión de la negación de otro profesional autorizado del cuidado médico elegido por Bering Omega. Bering Omega se conformará con el resultado de la revisión.
- **Derecho de pedir Enmienda.** Si crees que la información médica que tenemos sobre ti esta incorrecto o incompleto, puedes pedir una enmienda en la forma proporcionada por Bering Omega, que requiere cierta información específica. Bering Omega no esta obligado a aceptar la enmienda.
- **Derecho a Contabilidad de Acceso.** Puedes pedir una lista de los accesos de tu información médica que se han hecho personas o entidades en los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003 (tal lista no incluirá los accesos hechos conforme a una autorización o para el tratamiento, el pago, y las operaciones del cuidado médico). Después de que la primera petición, puede haber un cargo.
- **Derecho a Una Copia de Este Aviso.** Puedes pedir una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si te han proporcionado una copia electrónica. Puedes obtener una copia electrónica de este aviso en nuestro Web site, www.beringomega.org.

8. Requisitos con Respecto a Este Aviso. Bering Omega es obligado por la ley a presentarte de ti este aviso. Nos gobernaremos por este aviso mientras este en efecto. Bering Omega puede cambiar este aviso, y estos cambios serán eficaces para la información médica que tenemos sobre ti así como cualquier información recibimos en el futuro. Cada vez que visitas Bering Omega para los servicios del cuidado médico, puedes recibir una copia del aviso en efecto en ese entonces.

9. Quejas. Si crees que tus derechos de privacidad han estado violados, puedes archivar una queja con Bering Omega o con la secretaria del departamento de Estados Unidos de servicios de salud y humanos. *No estarás penalizado en ninguna manera por hacer una queja a Bering Omega o el departamento de los servicios de salud y humanos.*

Contacto: Llamar Anne Reed, Vice Presidente de Operaciones a 713-341-3777 si:

- tienes cualquier pregunta sobre este aviso;
- tienes alguna queja;
- deseas pedir restricciones en aplicaciones y accesos para el tratamiento del cuidado médico, pago, u operaciones; o
- deseas obtener una forma para ejercitar el tu derecho individual descrito en el párrafo 6.

Firma

Nombre

Fecha

Bering Omega Dental Clinic
1427 Hawthorne
Houston, Texas 77006
phone 713/341-3790 fax 713/524-7995

PHYSICIAN STATEMENT

Patient Name: _____ **SS#:** _____

Date of Birth: _____

Physician Name: _____ **Phone #** _____

The patient's diagnosis is (**please circle one**): AIDS HIV+

Date of most recent C.B.C.: _____

Required values:

Hgb _____ (14.0 – 18.0 g/dl) **MCHC** _____ (32.0 – 36.0 %)

Hct _____ (40.0 – 54.0 %) **WBC** _____ (4.5 – 12.0 /mm³)

RBC _____ (4.50 – 6/10 M/mm³) **Plt Cnt** _____ (150.0 – 400.0 /mm³)

MCV _____ (82.0 – 101.0 fL) **CD4** _____ **Date** _____

MCH _____ (27.0 – 34.0 PG) **HIV Viral Load** _____ **Date** _____

Please list all patient medications: _____

DO YOU FEEL THAT THE PATIENT IS MEDICALLY FIT FOR THE PURPOSES OF RECEIVING DENTAL CARE AND/OR ORAL SURGICAL PROCEDURES?

YES

NO

IF NOT, WHAT DO YOU SEE AS THE CONTRAINDICATION?

Physician Signature: _____ **Date:** _____

Print Physician Name: _____

Revised 01/10