

Compromiso del Paciente



Nombre del paciente: _____

Nombre del tutor (si corresponde): _____

Para garantizarle un beneficio plenamente del tratamiento planificado por su proveedor y equipo de atención médica, es necesario su participación en el siguiente documento.

Responsabilidades del paciente:

- Usted es responsable de hacer y mantener la cita programada.
- Usted es responsable de llegar a tiempo a la cita programada y de comunicarse con el Departamento Dental de KCHD si esta tarde.
- Usted es responsable de la cancelación y / o reprogramación de su cita dentro de las 24 horas anteriores a su cita.
- Usted es responsable de llamar a la clínica dental para cancelar su cita si está enfermo (es decir, fiebre, tos, secreción nasal, congestión, etc.).
- Usted es responsable de proporcionar, a su leal saber y entender, la información precisa, honesta y completa sobre su historial de salud médica/dental y es responsable de informar los cambios médicos al proveedor dental.
- Usted es responsable de tomar las decisiones con respecto a su plan de tratamiento de salud y cuidado orales.
- Usted es responsable de seguir las instrucciones de salud preventiva recomendadas y las instrucciones de cuidado en el hogar dadas por el proveedor dental.
- Usted es responsable de tratar al personal dental con dignidad y respeto.
- Usted es responsable de cualquier pago y/o tarifa asociada con su tratamiento el día en que se prestó el tratamiento.
- Usted es responsable de mantener la elegibilidad del programa anualmente para recibir servicios dentales.
- Usted es responsable de notificar a nuestras secretarías y/o Clínica Dental de cualquier cambio en sus ingresos familiares, dirección, seguro médico/dental y/o, el número de miembros en la familia, en el transcurso de 30 días, anteriores a su cita.

Al firmar a continuación, acepto que he leído a conciencia y cumpliré con este acuerdo.

Firma: _____

Fecha: _____