

Formulario de Inscripción para el Programa Dental de Lifelong

Información General <input type="checkbox"/> Marque aquí si ha solicitado o ha estado inscrito anteriormente en LDP		
Nombre Legal (Apellido, Primer Nombre, 2º Nombre):		Fecha de Nacimiento:
Dirección Residencial:	Dirección de Correspondencia (si es diferente):	¿Podemos mandarle correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de Teléfono: _____ ¿Podemos dejarle un correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cómo llegará a sus citas? <input type="checkbox"/> Transporte Publico <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé	
Administrador del Caso/Agencia:	Número de teléfono del Administrador del Caso:	Idioma Preferido: _____ Idioma hablado en casa: _____ ¿Necesitas un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información Dental y Médica	
Dentista Actual/Nombre de Clínica Dental:	Médico Actual/Nombre de Clínica:
¿Cuándo fue su última cita dental (indique la fecha aproximada o el año)? _____ ¿Tienes dentaduras postizas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Recuento de carga viral más reciente: _____ Fecha: _____ Recuento de CD4 más reciente: _____ Fecha: _____ Última visita al médico (fecha): _____
¿Tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé Si respondió si, escriba el nombre del seguro dental: _____ Número de identificación del seguro dental: _____	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé Si respondió si, escriba el nombre del seguro médico: _____ ¿Tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted algún historial de consumo de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió si, ¿le preocupa ahora el consumo de esas sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene ansiedad o miedo de ver al dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué preocupaciones o problemas dentales tiene actualmente?	

Consentimiento para Servicios y Divulgación de Información. Autorizo al Programa Dental de Lifelong (LDP, por sus siglas en inglés) y su personal a inscribirme en el programa e intercambiar información (escrita, verbal y/o fax/correo electrónico) con el fin de coordinar la atención continua de mis necesidades de salud oral. Entiendo que el personal de LDP puede divulgar información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés) con respecto a lo siguiente: elegibilidad, facturación, necesidades de salud oral e información médica y dental utilizada para tomar decisiones de tratamiento o pago y para apelaciones. Entiendo que esta información puede ser compartida con clínicas dentales, proveedores médicos, agencias de administradores de casos y con auditores y agentes de Lifelong, pero de lo contrario se mantendrá confidencial.

Certifico que he recibido los derechos y responsabilidades de los clientes de Lifelong, la política de confidencialidad y la información de quejas. Entiendo que debo renovar mi elegibilidad de Ryan White cada año para permanecer activo en el programa. Además, entiendo que seré responsable de cualquier cargo relacionado con las citas perdidas según las políticas de cada clínica. También entiendo que si maltrato al personal de LDP o a los proveedores dentales podría ser despedido(a) de LDP. Al firmar a continuación, confirmo que la información que he proporcionado es precisa a mi leal saber y entender. *Este consentimiento caducará si los servicios son terminados, a menos que revoque este consentimiento por escrito.*

Firma del Cliente:	Fecha:
--------------------	--------

LDP · 210 South Lucile Street · Seattle, WA · 98108 Teléfono: 206-957-1710 Fax: 206-960-4088