

## ACUERDO PACIENTE

1. El programa dental del colegio comunitario de Oxnard es una institución de enseñanza con el propósito principal de educar y de graduar a higienistas e ayudantes dentales calificados. Como paciente, usted es una parte esencial y bienvenida en este programa de enseñanza. Los estudiantes son señalados con una placa con estudiante dental de Oxnard College. Sin embargo, esto no significa que tratemos de representarlos como practioners dentales autorizados. Todos los pacientes son asignados a estudiantes dentales calificados, los cuales rinden el tratamiento bajo la supervision de un dentista o higienista de equipo. Es muy necesario en mantener la cooperación entre el paciente, el estudiante, y los profesores para lograr que el tratamiento sea efectivo. La firma del paciente abajo demuestra que ha leído, comprendido, y está de acuerdo a seguir las políticas y los procedimientos proporcionados en esta forma.
2. Yo comprendo que:
  - a. Yo soy responsable por todos los pagos de cada procedimiento antes de comenzar el procedimiento.
  - b. El Colegio de Oxnard tiene el derecho de hacer revisiones en los precios en cualquier momento. Estos cambios serán efectivos en todos los trabajos dentales no iniciados.
  - c. Si el paciente decide no continuar con el tratamiento despues de que este haya sido comenzado, el colegio no le devolverá.
  - d. Yo comprendo que debo de dar por lo menos 24 horas de aviso si cambiar una cita. Si 24 horas el aviso no se da se considerará una cita rota. Tres (3) citas que falte y su tratamiento serán discontinuado.
  - e. Yo comprendo que es el derecho de la facultad para aceptar o rechazar pacientes en CUALQUIER MOMENTO.
  - f. Todos los documentos pertinentes al diagnóstico y tratamiento dental son propiedad del Colegio de Oxnard. La información contenida en estos documentos está disponible para el paciente—copias de las radiografías y de los documentos están disponibles para unos honorarios.
3. La clínica dental del colegio de Oxnard no valida médico o seguro de la clase. Los pagos hechos en la clínica dental deben ser efectivo o controlar. Los pagos de la tarjeta de crédito se pueden hacer en la oficina de negocio del estudiante universitario de Oxnard (el paciente debe traer el recibo a la cita como prueba del pago).
4. Yo le autorizo el colegio de Oxnard a tomar fotografías en cualquier fase del tratamiento. Se comprende que mi nombre no será utilizado sin mi permiso.
5. Yo le doy permiso a el colegio de Oxnard para tomar las radiografías necesarias, administrar anesthesia, quitar cualquier tejido o estructura, emplear cualquier procedimiento operativo y técnico que sea necesario o recomendado para obtener el diagnóstico del paciente abajo.
6. Yo le comunicaré inmediatamente cambios en mi salud, si he sido hospitalizado, consultado pora un médico, estado enfermo, o he tomado o estoy tomando algun medicamento no nombrado en mi historia médica.

El que firma ha leído y está dispuesto a cumplir con lo dicho y es el paciente, el padre o guarda del paciente o debido es autorizado por el paciente como el agente general del paciente para ejecutar el antedicho y para validar sus términos.

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **PARA MENORES SÓLO:**

Nombre de Guarda del Paciente o del Padre (IMPRIMA): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Guarda del Paciente o del Padre: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_