



## Formulario de solicitud de cuidado dental

*Este formulario no es para obtener cita para extracciones.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido atención dental, aparte de las extracciones, en Caridades Católicas en los últimos 3 años? SÍ/NO

¿Está actualmente experimentando dolor o problemas dentales? SÍ/NO

Por favor indique cualquier problema de salud: \_\_\_\_\_

¿Tienes un dentista actual? SÍ/NO

¿Ha tenido limpieza de dientes por lo menos una vez al año? SÍ/NO

Si "no", ¿cuánto tiempo ha pasado desde su última limpieza? \_\_\_\_\_

¿Mantiene su higiene bucal personal con el cepillado y el uso del hilo dental diariamente? SÍ/NO

¿Si "no", explique por qué no? \_\_\_\_\_

¿Está usted empleado? SÍ/NO Si Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Tienes seguro dental u otros medios para pagar por el cuidado dental? SÍ/NO

¿Cuál es su ingreso mensual de la casa de todas las fuentes, incluyendo la Seguro Social, discapacidad, asistencia pública, o manutención de niños etc.? \$ \_\_\_\_\_

¿Ha visitado o recibido atención de otras clínicas dentales caritativas en el último año? SÍ/NO

Si "Sí", ¿Cuáles? Favor de circular: Morton / Neighbor for Neighbor / Community Health Connection / programa de higiene TCC / otros (especificar) \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nuestra clínica? 211 / amigo / familia / internet / consejero / abogado / CC personal / Pastor / dentista / otra (especificar) \_\_\_\_\_

¿Por favor lista de familiares que han sido tratados en nuestra clínica? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor explique la razón por la que solicita ayuda en este momento y qué tipo de cuidado dental que busca: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estamos encantados de tener la oportunidad de ayudar a tantos necesitados. Somos capaces de hacerlo debido a la increíble donación de tiempo y habilidad de los voluntarios (dentistas, higienistas y asistentes), el duro trabajo de nuestro personal y generosas contribuciones financieras por donantes, filántropos y donadores locales a Caridades Católicas. Sin embargo, estos recursos son limitados.

**Enviar este formulario de solicitud de cuidado dental a Caridades Católicas no garantiza su selección en el programa dental.** Cada formulario será revisada como vayan llegando y se seleccionan un número limitado de pacientes basado en la disponibilidad de recursos, de citas y necesidades de cada persona.

**Usted será notificado si somos capaces de proporcionar cuidado para usted.** Si usted no ha recibido contacto de Caridades Católicas Centro de Cuidado Dental dentro de 2 meses, usted puede enviar otro formulario de solicitud de cuidado dental. Por favor, comprenda que, debido a los recursos voluntarios y otros factores, puede haber ocasiones no aceptaran nuevos pacientes.

**Les aseguro que toda la información dada es precisa y verdadera.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Entiendo que el Caridades Católicas Centro de Cuidado Dental no mantiene una lista de espera y que el envío de este formulario no garantiza el tratamiento.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor devuelva este formulario a Caridades Católicas Centro de Cuidado Dental.

**En persona:** 2450 N. Harvard Ave., Tulsa, OK 74115

**Por mail:** P.O. Box 580460, Tulsa, OK 74158-0460