



Santa Ynez Tribal Health Clinic

REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor presente su tarjeta de seguro médico y una identificación válida



| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | | | |
|--|---|--|--|---|---------------|
| APELLIDO | | NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | APODO |
| NUMERO DE SEGURO SOCIAL | | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE (SERA UTILIZADO PARA EL REGISTRO DE INMUNIZACION) | |
| DIRECCION POSTAL DEL PACIENTE | | | DOMICILIO DONDE RESIDE EL PACIENTE (SI ES DIFERENTE) | | |
| CALLE O APARTADO POSTAL (PO BOX) | | | NUMERO Y CALLE | | |
| CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL | CIUDAD | ESTADO | CODIGO POSTAL |
| INFORMACION DE CONTACTO DEL PACIENTE | | | | | |
| # DE TELEFONO EN CASA | # DE TELEFONO EN EL DIA | # DE TELEFONO ALTERNATIVO | CORREO ELECTRONICO | | |
| Método Preferido de Comunicación (Marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de Voz | | | | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA DEL PACIENTE | | | | | |
| NOMBRE DEL CONTACTO | | DIRECCION | RELACION | NUMERO DE TELEFONO | |
| INFORMACION ADICIONAL DEL PACIENTE – Para Fines de Ayuda Financiera | | | | | |
| RAZA <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO/AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIIANO <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA | | SI ES INDIO NATIVO AMERICANO: AFILIACION TRIBAL: _____ CANTIDAD: _____ NOMBRE DE PAPA: _____ NOMBRE DE MAMA: _____ | | IDIOMA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____ ES USTED DE ORIGEN HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) LEGALMENTE <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> OTRO _____ | Tamaño de Familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> OTRO _____ | Ingreso Familiar Aproximado \$ _____ <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BISEMANAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> ANUAL | ¿ES USTED VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES SI, POR FAVOR PROPORCIONE LA TARJETA DD-214 A LA RECEPCIONISTA. | | |
| INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (Si es diferente del paciente) | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO | | | OTRO APELLIDO USADO EN EL PASADO | APODO | |
| NUMERO DE SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | SEXO <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER | RELACIÓN CON EL PACIENTE | | |
| DIRECCION POSTAL DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE | | | | | |
| CALLE O APARTADO POSTAL (PO BOX) | | | | | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | NUMERO DE TELÉFONO | | |

| DATOS DEL EMPLEADOR | | |
|--|---------------------|---------------------|
| NOMBRE DEL EMPLEADOR | | |
| TIPO DE NEGOCIO | OCUPACIÓN | |
| EMPLEO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL <input type="checkbox"/> RETIRADO(A) <input type="checkbox"/> INCAPACITADO(A) | | |
| SEGURO PRIMARIO | | |
| TIPO DE COBERTURA PRIMARIA <input type="checkbox"/> MEDI-CAL <input type="checkbox"/> MEDICARE <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> OTRO | | |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS | NÚMERO DE LA PÓLIZA | NÚMERO DEL GRUPO |
| DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal) | EFFECTIVA DESDE | FECHA DE EXPIRACIÓN |
| SEGURO SECUNDARIO (Si lo tiene) | | |
| NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS | NÚMERO DE LA PÓLIZA | NÚMERO DEL GRUPO |
| DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal) | EFFECTIVA DESDE | FECHA DE EXPIRACIÓN |

| CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO | |
|--|-------------|
| <p>Yo, el abajo firmante, certifico que la información contenida en este formulario es correcta en mi mejor conocimiento. Además, autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar la solicitud de pago de tratamientos u operaciones. Yo autorizo el pago de beneficios médicos para Santa Ynez Tribal Health Clinic (SYTHC), el proveedor o proveedores de servicios. Por la presente autorizo al proveedor y cualquiera con el que él pueda designar como su asistente(s), para administrar dichos tratamientos y procedimientos que en su opinión se consideren necesarias. Por la presente acuerdo, independientemente de la cobertura del seguro, que soy responsable de todos los gastos incurridos. El pago se espera en el momento del servicio. Como una cortesía enviaremos, la factura a su seguro médico. Autorizo que SYTHC me contacte por teléfono móvil.</p> | |
| Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| Firma del Responsable del Pacient _____ | Fecha _____ |
| Testigo _____ | |



MEDICAL AND DENTAL HISTORY

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Historial Médico

Nombre de su doctor: _____ Teléfono: _____

Dirección de su doctor: _____

¿Cuándo fué su último examen físico? _____ ¿Están sus vacunas al día? _____

¿Está recibiendo tratamiento médico? _____ Si contestó afirmativamente, ¿por qué razón? _____

¿Toma algún medicamento/droga/pastilla? _____ Por favor nómbralos: _____

Es alérgico (o ha tenido alguna reacción) ha:?

Penicilina Codeine Anestesia Local Aspirina Ninguno Otro Otros antibióticos

Explique: _____

¿Es sensible o alérgico/a al látex? ¿Ha tenido picazón, sarpullido o problemas al respirar luego de usar guantes de látex o un globo?

Explique: _____

¿Ha tenido alguna reacción unusual o inexplicable durante alguna cirugía? _____

Explique: _____

Tiene o ha tenido en alguna ocasión cualquiera de lo siguiente: (Sí o No)

| | Sí | N | | Sí | N | | Sí | N |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Enfermedad Cardíaca/Cirugía Cardíaca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Pulmonar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis/Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicina de Cortisona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Cardíaca por Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado Prolongado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Defectos Cardíacos Congénitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Tiroide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvula Cardíaca Artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dependencia Química | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia de Células Falciformes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prolapso de Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión Sanguínea Anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| úlceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anorexia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transplante de órganos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bulimia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Extirpación del Bazo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desórdenes Neurológicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adicción a Alcohol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implantes Prostéticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drogas Recreativas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Terapia de Radiación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV Positivo/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stent de Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de Audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

¿Ha tenido alguna enfermedad seria, hospitalización o accidente? _____

Si contestó afirmativamente, por favor explique: _____

¿Fuma actualmente o usa los siguientes productos de tabaco? Cigarrillos Cigarros Pipa
 Tabaco de Mascar Ninguno

¿Ha usado en el pasado productos de tabaco? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Ingiere bebidas alcohólicas? _____ ¿Cuánto? _____

Mujeres: ¿Está usted embarazada? _____ ¿Está usted lactando? _____

¿Toma medicinas anticonceptivas? _____ ¿Anticipa usted quedar embarazada? _____

Fecha de la última visita al dentista: _____

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le sangran las encías al cepillarse o usar hilo dental? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Son sus dientes sensibles a líquidos/alimentos calientes o fríos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Siente dolor en alguno de sus dientes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna herida o bultos en o cerca de la boca? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido lesiones en la cabeza, el cuello o la mandíbula? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted apreta o rechina sus dientes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted se muerde los labios o las mejillas con frecuencia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez has tenido alguno de lo siguiente? |
| | <input type="checkbox"/> | Clic en la mandíbula |
| | <input type="checkbox"/> | Dolor (articulación, oído, lado de la cara) |
| | <input type="checkbox"/> | Dificultad para abrir o cerrar la boca |
| | <input type="checkbox"/> | Dificultad para masticar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido algún trabajo de ortodoncia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna vez sangrado prolongado después de extracciones? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha recibido alguna vez instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido alguna vez instrucciones sobre el cuidado de las encías? |

Notas: _____

Firma del Paciente/Guardián (Patient/Guardian Signature): _____ Fecha: _____

Firma del Testigo (Witness Signature): _____ Fecha: _____

Atestigo que he discutido los riesgos, las ventajas, las consecuencias, y las alternativas a las dentaduras con el paciente, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y creo que mi paciente entiende lo que se le ha explicado.

Firma del Dentista (Dentist Signature): _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGÍA GENERAL PARA LOS PROCEDIMIENTOS

NOTA: ALGUNOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN NO ESTAR DISPONIBLES EN LA CLÍNICA TRIBAL DE LA SALUD DE SANTA YENZ

1. **Drogas y Medicaciones**

Los antibióticos, las analgesias, los anestésicos y otras medicaciones pueden causar las reacciones alérgicas que causan rojez e hincharse de tejidos finos, de dolor, de itching, de vomitar, y/o de choque anafiláctico (reacción alérgica severa).

2. **Cambios en plan del tratamiento**

Durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras que trabaja en los dientes que no eran evidentes durante la examinación; el ser más común terapia del canal de la raíz después de procedimientos restaurativos rutinarios.

3. **Retiro de dientes**

Hay (a veces) alternativas al retiro de los dientes, que el dentista explicará a usted. Quitar los dientes no quita siempre toda la infección, y puede ser necesario tener tratamiento adicional. Hay riesgos implicados en hacer dientes quitar, incluyendo el dolor, hinchazón, extensión de la infección, zócalo seco, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengüeta y el tejido fino circundante (parasthesia) que puede durar por un período del tiempo indefinido (los días o los meses), o fracturó la quijada. El tratamiento adicional por un especialista o una hospitalización, si las complicaciones se presentan durante o después del tratamiento, es la responsabilidad del paciente.

4. **Coronas, Puentes, y Casquillos**

A veces, no es posible emparejar el color de dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Las coronas temporales pueden ser aplicadas, que pueden salir fácilmente, y es la responsabilidad del paciente ser (tenga cuidado) se asegura de que están guardadas encendido hasta que se entregan las coronas permanentes. La oportunidad final de realizar cambios en una corona, un puente, o un casquillo nuevo (forma incluyendo, ajuste, tamaño, y color) estará antes de cementación final.

5. **Dentaduras - Completas o Parciales**

Las dentaduras llenas o parciales son artificiales, construido del plástico, del metal y/o de la porcelana. Los problemas asociados a usar estas aplicaciones son flojedad, dolor, y fractura posible. La oportunidad final de realizar cambios en una dentadura nueva (forma incluyendo, ajuste, tamaño, y color) acostará los "dientes en cera" intentar-en visita. La mayoría de las dentaduras requieren reforrar aproximadamente tres (3) a doce (12) meses después de la colocación inicial. El coste para este procedimiento no se incluye en el honorario inicial de la dentadura.

6. **Tratamiento De Endodontic (Canal De la Raíz)**

No hay garantía que el tratamiento del canal de la raíz ahorrará un diente, y las complicaciones pueden ocurrir del tratamiento. De vez en cuando, los objetos del metal se cementan en el diente o se extienden a través de la raíz, que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. De vez en cuando, los procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios después del tratamiento del canal de la raíz (apicoectomy).

7. **Pérdida Periodontal (Tejido fino Y Hueso)**

Los problemas periodontales causan la goma y la inflamación o la pérdida del hueso, que pueden conducir a la pérdida de dientes. Los planes alternativos del tratamiento son cirugía, reemplazos, y/o extracciones de la goma. La empresa de cualquier procedimiento dental puede tener un efecto nocivo futuro en condiciones periodontales.

8. **Rellenos**

El cuidado debe ser ejercitado en la masticación en rellenos, especialmente sobre las primeras veinticuatro (24) horas, para evitar fractura. Un relleno más extenso que diagnosticado originalmente puede ser requerido debido al decaimiento adicional. La sensibilidad significativa es un efecto secundario común de un relleno nuevamente colocado.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Su firma abajo autoriza al dentista y/o a higienista de la clínica tribal de la salud de Santa Ynez, a administrar cualquier tratamiento, o a administrar tales anestésicos, analgesias, y/o sedativos, y a realizar tales operaciones, como puede ser juzgado necesario o recomendable en su diagnosis y tratamiento. Usted reconoce que le han informado todas las complicaciones posibles de los procedimientos, de los anestésicos, y/o de las drogas.

Patient Name

Date

Patient/Guardian's Signature

Date



Santa Ynez Tribal Health Clinic

Aviso de Prácticas de Privacidad

Estamos comprometidos a proteger su información personal de salud en el cumplimiento de la ley federal. Podemos usar o divulgar su información médica personal para estos fines:

Para tratamiento, pago, operaciones del cuidado médico, recordatorios de citas, servicios de salud relacionados y alternativas de tratamiento, las actividades de recaudación de fondos, las personas involucradas en su cuidado o pago de su atención, investigación, órganos y la donación de tejidos, como lo exige la ley, para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad militar y veteranos, compensación de trabajadores, Actividades de Salud Pública, Actividades de vigilancia, Demandas y disputas, hacer cumplir la ley, Médicos Forenses, Examinadores de Salud y Directores de Funerarias., Seguridad Nacional y Actividades de Inteligencia. Servicios de Protección para el Presidente y otros, y los reclusos salud:.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información personal:

Derecho a inspeccionar y solicitar una copia, derecho de modificar, Derecho a recibir un informe de divulgaciones, Derecho a solicitar restricciones, el derecho a recibir comunicaciones confidenciales, el derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de aviso:.

Cambios a este Noticia:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer el aviso cambiante eficaz para toda la información de salud que mantenemos sobre usted, si se trata de información que hemos recibido con anterioridad acerca de usted o la información que podamos recibir de usted en el futuro. Nos tendrá a su disposición una copia de nuestro aviso actual en nuestras instalaciones. Nuestro aviso indicará la fecha de vigencia en la primera página, en el centro de la página. También le dará una copia de nuestro aviso actual a petición

Quejas:

Si usted cree que sus derechos han sido violados, puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Usted puede presentar una queja por correo nos una descripción escrita de su queja o diciéndonos acerca de su queja en persona o por teléfono:

Ron Sisson, Executive Director
Santa Ynez Tribal Health Clinic
90 Via Juana Lane
Santa Ynez, CA 93460
(805) 688-7070



Santa Ynez Tribal Health Clinic

Reconocimiento de Practica de Privacidad y Información de Directivo de Cuidado Medico



Yo entiendo que la información que e proporcionado y que se encuentra en mi expediente es necesaria para la Clínica Tribal de Santa Ynez y sus empleados, en conjunción con Indian Health Services (IHS), para proporcionarme cuidado para mi salud y bien estar. Yo entiendo que la información de mi expediente médico es almacenada seguramente sea electrónicamente o físicamente, y mi expediente médico no será divulgado a otra agencia o personas, a menos que se especifique como uso rutinario, sin mi consentimiento firmado.

Yo, _____, reconozco lo siguiente:

- Se me ha proporcionado una copia de *HIPAA Privacy Act Notice* para leer.
- Se me ha proporcionado una copia de *Derechos y Responsabilidades del Paciente* pare leer.
- Se me ha proporcionado una copia de Información de Directivo de Cuidado Médico.

**** A cualquier hora puedo pedirle una copia de estas formas a la recepcionista si es lo que elijo.**

La clínica Tribal de Santa Ynez (SYTHC) es considerada una facilidad de entrenamiento, y tiene, de tiempo a tiempo, a gente no empleada (estudiantes, internos, doctores interesados en empleo, representantes de cuidado medico, topógrafos, etc.) en nuestros premisas. Normalmente, estas personas no empleadas, son permitidas en areas de cuidado al paciente para poder observar y/o asistir al doctor.

Yo entiendo que tengo la opción de, a cualquier momento, pedir que cualquier persona no empleada (estudiantes, internos, y/o otros profesionales) sea excusada mientras yo esté recibiendo cuidado y servicios medicos.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Padre, Guardian o Representativo

Fecha



Santa Ynez Tribal Health Clinic

Forma de Reconocimiento de Citas Perdidas



Si llega a su cita mas de 9 minutos tarde, sera sujeto a los siguientes terminos:

Si puede esperar, trataremos de hacerle un campo pero no ay garantia.

Tambien se le dara la opcion de esperar para una cita de "espera" con algun otro doctor ese mismo dia- posiblemente tendra que esperar hasta 4 horas.

Si a llegado tarde a su cita en 3 ocasiones o mas durante los ultimos 6 meses se contrara como una cita perdida/no acudida y sera sujeto a los terminos de Citas Perdidas (disponible a peticion).

He leido y entiendo los terminus de Citas Perdidas de la Clinica Tribal de Santa Ynez y estoy de acuerdo en seguir los terminos.

Nombre (Escriba)

Fecha

Firma de Paciente