



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 ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última limpieza?

¿Se cepilla y se usa el 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.? \$ _____

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 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 seleccionará 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 Blessed Mother Teresa Dental Center 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 Blessed Mother Teresa Dental Center 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 Blessed Mother Teresa Dental Center.

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

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