



Charlotte Community Health Clinic Solicitud de Nuevos Pacientes

Gracias por elegir a Charlotte Community Health Clinic como su proveedor de atención médica. Por favor, complete esta solicitud y envíela junto con todos los documentos requeridos que se muestran a continuación. Lo llamaremos para programar su primera cita una vez que procesemos su solicitud. Si tiene preguntas, visite nuestro sitio web en www.CharlotteCommunityHealth.org/es o llame a la clínica al (704) 316-6561.

Todos los nuevos pacientes:



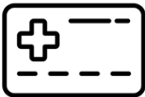
Solicitud de paciente nuevo completada



Copia de la identificación de todos los miembros del hogar que solicitan los servicios

- Los adultos pueden usar una licencia de conducir, pasaporte o tarjeta de residencia permanente
- Los niños pueden usar una identificación escolar, una tarjeta de seguridad social o un certificado de nacimiento

Pacientes con seguro:



Copia de la tarjeta del seguro

Pacientes sin seguro, o pacientes con seguro que solicitan descuentos en la escala móvil:



Prueba de ingresos (UNO de los siguientes)

Si está trabajando actualmente:

- La más reciente Declaración de Impuestos Federales sobre la Renta
- Los formularios W2 más recientes
- Los últimos 30 días de los talones de pago
- Una carta del empleador en papel con membrete que indique los ingresos (debe incluir el nombre y el número de teléfono de contacto)
- Los últimos 30 días de los estados de cuenta bancarios que muestran los depósitos directos

Si no está trabajando actualmente:

- Verificación de desempleo
- Carta de beneficios del SSI o del SSDI
- Acuerdo de pensión alimenticia o de manutención de los hijos
- Si no tiene hogar, una carta del refugio donde recibe los servicios
- Si está apoyado por un miembro de la familia o un amigo, una carta de apoyo de esa persona



Devuelva todos los formularios y documentos requeridos:



Lleve copias impresas a cualquiera de las clínicas:

8401 Medical Plaza Dr
Suite 300
Charlotte NC 28262

5301 Wilkinson Blvd
Charlotte NC, 28208



Envíe copias electrónicas por correo electrónico a financial.docs@cchc-clt.org



Solicitud al Programa de Descuento de Escala Móvil

Si NO desea solicitar el programa de descuento de escala móvil:

Nombre: _____

Nacimiento: _____

- Se me ha dado la oportunidad de solicitar el programa de descuentos de los servicios del CCHC, y NO DESEO SOLICITAR EL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE LOS SERVICIOS DEL CCHC EN ESTE MOMENTO.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Si desea solicitar el programa de descuento de escala móvil:

Los datos colectados en este formulario serán usados solamente para recibir información acerca de usted y su familia, con el fin de poderles ofrecer mejores servicios médicos, dentales y psicológicos. Este formulario no será usado para limitar o negarle servicios.

1. ¿Algún otro miembro de su familia está solicitando por descuentos con esta solicitud? Sí No
Si la respuesta es SI, favor indicarlo en la columna final abajo
2. ¿Tiene Medicaid, Medicare o algún otro seguro médico privado? Sí No
3. ¿Desea ayuda a solicitar o resolicitar a Medicaid? Sí No
4. ¿Está desempleado? Sí No
5. ¿Está impedido para trabajar por enfermedad o invalidez? Sí No

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN: Favor de incluirse usted, conyugue/compañero/hijos y todas las personas que viven en su hogar. Vea la lista de documentos aceptables como prueba de ingresos e identificación de los miembros de la familia.

Nombre	Relación en la Familia	Fecha de Nacimiento	Ingresos	Frecuencia	Prueba de Ingresos	Plan(es) de Seguro de Salud	Deductible Anual	Está Aplicando por Asistencia?
Ejemplo: Ana Cruz	Yo mismo	5/16/46	\$346	semanales	Formulario de impuestos	Medicare	ninguno	si

- Incluyo prueba de ingresos por las cantidades mencionadas arriba. Sí No
- Incluyo identificación de todos los miembros de la familia listados arriba. Sí No

Entiendo que esta información está sujeta a verificación por parte de la Charlotte Community Health Clinic. Certifico que esta información es Verdadera y Correcta según mi conocimiento. Entiendo y Acepto que dar información falsa puede resultar en que se me niegue el derecho de solicitar al programa. Además, acepto las condiciones y los términos del Programa de las Tarifas de Descuento y que reportaré a CCHC cualquier cambio a la información dada. **También entiendo que debo presentar prueba de ingresos antes de mi próxima visita, o de lo contrario tendré que pagar el costo total sin ningún descuento.**

Firma del Paciente, Padre, o Guardián

Nombre Impreso

Fecha

Formulario para Registración del Paciente

Información del Paciente

Nombre Completo: _____ Referido por: _____

Si el paciente es menor de edad, nombre del padre o guardián legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social/W7 #: ____ - ____ - ____

Dirección de la Casa o Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Email: _____ Tel. del Hogar: _____ Tel. Celular: _____

Contacto de Emergencia: _____ Tel. del Hogar: _____ Relación: _____

¿Qué servicios solicita? Médico Dental Salud Mental

Idioma Principal:

- Inglés
 Español
 Otro: _____

¿Es veterano/a estadounidense?

- Sí
 No

Número de personas en el hogar:

Adultos: _____

Niños: _____

País de Origen: _____

¿Necesita un intérprete (de idioma o de signos americano)?

- Sí
 No

Origen Étnico (marque uno):

- Hispano/Latino
 No Hispano/Latino

¿Dónde vive?

- Casa/Apartamento Alquilado o Propio
 Vivienda Pública
 Refugio
 Calle
 En Transición (de un lugar a otro)
 Vivienda Compartida (con otra persona o familiar)
 Otra: _____

Estado Civil:

- Soltero/a
 Casado/a
 Divorciado/a
 Separado/a
 Viudo/a

Raza (las que apliquen):

- Indio Americano
 Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro/Afro-Americano
 Blanco/Caucásico
 Nativo de Hawái
 Otra Isla del Pacífico
 Otra: _____

Ingresos anuales del hogar aproximados:

- Menos de \$11,500
 \$11,501 – 15,000
 \$15,001 – 20,000
 \$20,001 – 30,000
 \$30,001 – 40,000
 \$40,001 – 50,000
 \$50,001 – 60,000
 \$60,001 – 70,000
 \$70,001 – 80,000
 \$80,001 – 90,000
 Más de \$90,000

Estado de empleo:

- Tiempo completo
 Medio tiempo
 Desempleado/a

Genero:

- Hombre
 Mujer
 Hombre Transgénero
 Mujer Transgénero
 Otro: _____

Estado de estudiante:

- Tiempo complete
 Medio tiempo
 No

Orientación Sexual:

- Heterosexual (no lesbiana/homosexual)
 Lesbiana/Homosexual
 Bisexual
 Otra: _____
 No lo sé
 Prefiero no responder

¿Es trabajador/a agrícola?

- Sí, trabajador migratorio
 Sí, trabajador de temporada
 No

Información de la persona responsable

El responsable es la persona que pagará la visita y es financieramente responsable de todas las facturas.
Sólo complete esta sección si el responsable y el paciente no son la misma persona.

Relación de la Persona Responsable: Paciente Esposo/a Padre Guardián Legal Otro: _____

Nombre: _____ Sexo: Masc. Feme.

Dirección de la Casa o Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel. del Hogar: _____ Tel. del Trabajo: _____

Empleador: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social #: ____ - ____ - ____

Información del Seguro

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Plan: _____ No. de Identificación: _____
 Dirección: _____ No. de Grupo: _____
 Titular de la Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____
 No. de Seguro Social del Asegurado: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Empleador: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del Plan: _____ No. de Identificación: _____
 Dirección: _____ No. de Grupo: _____
 Titular de la Póliza: _____ Fecha Efectiva: _____
 No. de Seguro Social del Asegurado: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Empleador: _____

Favor de firmar abajo, INCLUSO aquellos sin aseguranza

Política de Pago: CCHC requiere pago el día del servicio. Este pago incluye los deducibles pendientes, copagos, servicios no cubiertos por su póliza, pagos de la Tarifa de Descuento y cualquier cargo restante después de que el seguro ha pagado su cuenta. Es importante que sepa que el seguro puede que no cubra todos sus cargos, que usted es responsable de los balances no pagados en su cuenta, y que se le cobrará hasta que la cuenta sea pagada en su totalidad. El Programa de Tarifas de Descuento está disponible para familias de bajos ingresos. Este programa ayuda a que los pacientes reciban un descuento en los costos de servicios. Puede solicitar con el personal de inscripciones presentando documentación que verifique los ingresos totales y el número de personas en el hogar. Es necesario solicitar cada año al programa. Se Requiere Pago el Día de la Visita Médica. Al firmar este documento está indicando que está consciente de las Pólizas y Procedimientos citados arriba y que ha sido informado del Programa de Tarifas de Descuento. Autorizo a que las asignaciones de todos los beneficios de seguro sean pagadas directamente a CCHC.

Firma

Fecha

Referidos/ Opción de Escoger: CCHC es un proveedor de atención médica primaria y estamos equipados a ofrecer todos los servicios médicos que pueden ser requeridos para su atención médica. En algunos casos, puede que CCHC le recomiende otros servicios médicos adicionales como servicios de laboratorio, de rayos X, u otros servicios especializados de profesionales médicos. En ese caso, usted podrá ser requerido a pagar en el día del servicio y/o facturado por faltantes en su cuenta por el proveedor de referido.

Firma

Fecha

Autorización para Divulgación de Información

Autorizo a la Clínica de Salud de la Comunidad de Charlotte (CCHC) a divulgar a mi aseguradora o sus agentes designados, cualquier información con respecto a la atención médica (física y/o psicológica), de consejería, tratamiento o suministros que me brinden con fines de administración, revisión, investigación o evaluación de cobertura de reclamos y utilización de servicios. Autorizo que una copia de esta información tenga la misma validez que el original. Informaré por escrito a la Clínica de la Salud de la Comunidad de Charlotte, si hay alguna información que no quiero sea divulgada.

Firma

Fecha

Confirmación del paciente de que ha recibido el aviso de las prácticas de privacidad y los derechos y responsabilidades del paciente: Confirmando que he recibido y me han dado la oportunidad de leer una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente de la Clínica de Salud de la Comunidad de Charlotte. (CCHC)

Firma

Fecha



Autorización para Entrega de Información Médica a Personas Designadas por el Paciente (HIPAA)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entrega de Información

Autorizo la entrega de me información médica, incluyendo resultados de diagnósticos, historial de consultas médicas, exámenes, e informe de pagos. Esta información puede ser entregada a:

Esposo/a: _____

Hijos: _____

Otros: _____

No autorizo que se entregue mi información a ninguna persona.

Esta autorización estará en efecto hasta que yo la revoque por escrito.

Para Dejar Mensajes

Favor llamar al:

Teléfono de mi casa: _____

Teléfono de mi trabajo: _____

Número de mi celular: _____

Si no pueden contactarme:

Dejar mensaje detallado

Dejar mensaje pidiendo que les devuelva la llamada

Otro: _____

La mejor días y horas para localizarme son: _____

Firma del Paciente, Padre o Guardián

Fecha



Historial Médico

Nombre: _____

Edad: _____

¿Cómo calificaría su salud general?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

Motivo principal de la cita hoy: _____

Otras inquietudes: _____

En las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguna de las siguientes cosas? Marque todas las que apliquen.

Salud general:

- Fiebre/sudores/escalofríos recientes
- Debilidad/cansancio sin explicación
- Pérdida/aumento de peso sin explicación

Ojos, oídos, nariz, boca, garganta:

- Cambios en la visión
- Dificultad para oír/zumbido en los oídos
- Alergia al polen
- Dificultad para tragar

Respiratorio:

- Respiración silbante/tos
- Tos con sangre

Cardiovascular:

- Dolor/malestar del pecho
- Palpitaciones/latidos irregulares
- Dificultad para respirar con la actividad física
- Hinchazón en las piernas o los pies

Gastrointestinal:

- Acidez/reflujo de ácido
- Sangre en las heces
- Náuseas/vómitos/diarrea
- Cambio en los hábitos intestinales

Piel:

- Erupción o lesiones de la piel
- Lunar nuevo o cambiado

Endocrina:

- Intolerancia al calor/frío
- Piel reseca
- Cabello ralo
- Aumento de sed/apetito

Musculoesquelético:

- Dolor de los músculos/articulaciones
- Dolor de la espalda (inicio reciente)
- Dolor de la espalda (crónico)

Genitourinario:

- Dolor al orinar u orina con sangre
- Pérdidas de orina
- Frecuencia urinaria
- Micción nocturna
- Flujo (del pene o de la vagina)
- Dolor/hinchazón testicular
- Sangrado vaginal inusual
- Periodos menstruales irregulares

Pecho:

- Bulto en el seno
- Secreción del pezón

Neurológico:

- Dolores de cabeza
- Pérdida de memoria
- Desmayos
- Mareos
- Entumecimiento/hormigueo

Hematológico:

- Glándulas inflamadas/bultos inexplicados
- Propensión a moretones/sangrado

Emocional:

- Ansiedad o estrés
- Dificultad para dormir
- Tristeza o depresión



Historial Médico

Medicamentos

Favor de enumerar todas las medicinas con y sin receta que usted toma, incluidas las vitaminas, los remedios caseros, anticonceptivos, hierbas, etc. También puede adjuntar una lista de medicamentos por separado.

Medicamento:	Dosis (ej. mg/píldora):	¿Cuántas veces al día?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alergias

Favor de enumerar todas las reacciones que usted tiene a medicamentos, comidas, y/o animales.

Alergia:	¿Cómo reacciona a esta alergia?
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historial Médico Previo

¿Ha tenido alguna de los siguientes problemas? Si la respuesta es Sí, indica el año si lo sabe.

Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____
Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	Ataques cerebrales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____
Úlcera en el estómago	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____
EPOC o enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____
Problema de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____
Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Año: _____

Otro (especifique): _____

Historial Quirúrgico

Favor de enumerar todas las operaciones previas con sus fechas.

Operación:	Fecha:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____



Historial Médico

Historial Familiar

¿Está viva su madre? Sí No ¿Causa del fallecimiento? _____
 ¿Está viva su padre? Sí No ¿Causa del fallecimiento? _____

¿Alguien en su familia, incluyendo su madre, padre, abuelos, hermanos y niños, ha tenido alguna de estas condiciones médicas? Si es así, por favor escriba cómo se relacionan con usted.

No puedo responder a estas preguntas porque soy adoptado/a.

No puedo responder a estas preguntas porque no conozco el historial médico de mi familia.

Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____
Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	Ataques cerebrales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____
Úlcera en el estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____
EPOC o enfisema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____
Problema de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____
Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quién: _____

Otro (especifique): _____

Uso de Tabaco, Alcohol, y Drogas

¿Ha fumado alguna vez?

Sí, fuma actualmente

¿Cuándo empezó a fumar? _____ ¿Cuántos paquetes fuma al día? _____

¿Le interesa dejar de fumar? _____ ¿Ha tratado a dejar de fumar antes? _____

Si ha tratado de dejar de fumar antes, ¿qué métodos ha probado? _____

Sí, pero lo dejé

¿Cuándo empezó a fumar? _____ ¿Cuándo dejó a fumar? _____

No, nunca he fumado

¿Ha fumado vaporizador o cigarrillos electrónicos?

Sí, fuma vaporizador o cigarrillos electrónicos acualmente

¿Cuándo empezó a hacerlo? _____ ¿Le interesa dejar de hacerlo? _____

Sí, pero lo dejé

¿Cuándo empezó a hacerlo? _____ ¿Cuándo dejó de fumar vaporizador? _____

No, nunca he fumado vaporizador

¿Toma alcohol?

Sí, tomo alcohol

No. de cervezas / semana: _____ No. de copas de vino / semana: _____

No. de bebidas de licor / semana: _____ ¿Está preocupado por su consumo de alcohol? _____

¿Le han dicho otras personas que toma demasiado? _____

No, no tomo alcohol



Historial Médico

¿Ha usado alguna vez drogas recreativas, como marihuana, cocaína, heroína u otras drogas sin receta?

Sí, usa drogas recreativas actualmente

¿Cuál(es)? _____

¿Ha usados agujas para inyectarse drogas? _____

Sí, ha usado drogas recreativas en el pasado

¿Cuál(es)? _____

¿Cuándo las dejó? _____

¿Ha usados agujas para inyectarse drogas? _____

Si es así, ¿cuál fue la última vez? _____

No, nunca ha usado drogas recreativas

Historial Sexual

Pareja(s) sexual(es):

- Hombres
 Mujeres
 Ambos

¿Cuántos parejas sexuales ha tenido en los últimos 12 meses? _____

¿Usa anticonceptivos/control de la natalidad?

- Sí
 No

¿Tiene períodos menstruales?

- Sí
 No

Si usa anticonceptivos, ¿qué método?

Si los tiene, la fecha del primer día de su último período menstrual: _____

Seguridad

¿Tiene acceso a armas de fuego?

Sí No

¿En algún momento se siente inseguro/a en su relación con su pareja?

Sí No

¿En algún momento se siente inseguro/a en su relación con su familia?

Sí No

¿Se siente triste o deprimido/a actualmente?

Sí No

¿Está recibiendo tratamiento actualmente por depresión u otros problemas de la salud mental?

Sí No

Información Personal

¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha logrado? _____

¿Cuál es su profesión? _____

¿Quién(es) vive(n) en su hogar con usted? _____

¿Hay animales donde vive? Especifique cuáles: _____

¿Alguna vez sirvió en las fuerzas armadas? _____

¿Tiene alguna preferencia religiosa? Especifique cuál: _____

¿Cuántos hijos tiene? _____

Nombre del Paciente

Firma del Paciente, Padre o Guardián

Fecha

-Continúe a la próxima página-



Clínica de salud Comunitaria de Charlotte

Acuerdo de Citas de la Oficina Médica, Consejería y Dental*

****Favor de firmar con sus iniciales en cada espacio:***

____ **Nuevos pacientes:** Por favor llegue treinta (30) minutos antes para el registro del paciente.

____ **Emergencias/Urgentes:**

Médico/BH: A los pacientes solo se les permite una (1) cita de emergencia/urgente antes de la nueva cita con el paciente.

Dental: A los pacientes solo se les permite una (1) cita de emergencia como nuevo paciente. La próxima cita será para un examen completo..

____ **Escala de tarifa de descuento:**

Dental: Se requiere una prueba de su tarjeta de CCHC en la primera cita. Para los pacientes que no forman parte de CCHC, se requiere una prueba de seguro. Si usted no tiene cobertura, se le cobrará nuestra tarifa completa hasta que la información de ingresos se nos proporcione o se le pueda ver bajo nuestra política de caminata. Todos los documentos deben actualizarse anualmente.

Médico/BH: Se requerirá prueba de ingresos o seguro en la primera cita. Si usted no tiene cobertura o prueba de sus ingresos para la primera visita, se le cobrará nuestra tarifa completa hasta que nos proporcione información de ingresos. Todos los documentos deben actualizarse anualmente.

____ **Llegada tardía:**

Médico/BH: Si llega más de diez (10) minutos tarde para su cita, es posible que se le pida que re programe o que se le trabaje en una cita vacante.

Dental: Si llega más de quince (15) minutos tarde para su cita, es posible que se le pida que re programe o que se le trabaje en una cita vacante.

____ **Cancelaciones:**

Médico/BH/Dental: Al cancelar una cita, debe dar al menos veinticuatro (24) horas de anticipación. Cuando un paciente pierde una cita, perdemos la oportunidad de cuidar al paciente, así como a otro paciente que podría haber utilizado esa cita.

-Continúe a la próxima página-



___ **No Show:**

Médico/BH/Dental: (1) Si se pierde una cita por completo, (2) cuando el paciente llega **más de 10 minutos tarde a la oficina Médica o 15 minutos tarde a la oficina Dental** al reloj de la clínica y no ha llamado un día completo (24 horas) antes de la cita para reprogramar, es un No Show.* Cuando un paciente acumula tres (3) no show citas consecutivas en la clínica médica o dos (2) citas perdidas en la oficina dental, esa persona no podrá programar ninguna otra cita de rutina/seguimiento por un período de seis (6) meses después de la tercera cita perdida consecutiva en la oficina Médica o la segunda cita perdida en la oficina Dental. Ejemplo:

___ **Médico/ BH**

- I. **Primer No Show:** Una nota será colocada en el expediente y se le recordará al paciente verbalmente nuestra política.
- II. **Segundo No Show:** Una nota será colocada en el expediente y se le recordará verbalmente de nuevo al paciente nuestra política.
- III. **Tercer No Show:** El paciente no podrá hacer citas por adelantado por un período de seis (6) meses.

___ **Dental**

- I. **Primera cita perdida:** Una nota será colocada en el expediente y se le recordará verbalmente al paciente nuestra política de oficina.
 - II. **Segunda Cita Perdida:** El paciente no podrá programar otra cita por seis (6) meses.
 - III. **Tercera Cita Perdida:** El paciente no podrá hacer citas anticipadas por un período de un (1) año, excepto para emergencias.
- **Si un paciente está programado con otro miembro de la familia y ambos no se presentan para sus citas, la familia ya no podrá programar varias citas en el mismo día.**

Entiendo y acepto cumplir con el Acuerdo de Cita de La Clínica de la Comunidad de Charlotte

Firma del paciente/padre: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: __/__/__

MRN: _____

¡Gracias por rellenar nuestra Solicitud de Nuevos Pacientes! Por favor, envíela a:
financial.docs@cchc-clt.org