

Citas perdidas:

Entiendo que la cancelación repetida de citas o las citas perdidas están sujetas a cargos por citas perdidas (\$5 para atención primaria / \$10 para atención especializada) y/o al despido de la práctica de acuerdo con las regulaciones estatales.

Condiciones de Aceptación para la Facultad de Odontología VCU/HU:

La Clínica Gratuita alberga el programa de enseñanza para estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad Commonwealth de Virginia (VCU), así como de la Facultad de Odontología de la Universidad Howard (HU). Como paciente dental de la Clínica Gratuita, es posible que estudiantes o residentes le brinden atención bajo la supervisión de un dentista autorizado. Al firmar este formulario, usted acepta participar como paciente en este programa, que incluye un examen de detección y, si es elegible, un tratamiento posterior.

Entiendo que el propósito del examen de selección es determinar si puedo ser aceptado para recibir atención en el programa de enseñanza para estudiantes de VCU y/o de la Facultad de Odontología de HU. Entiendo que la aceptación se basa en los objetivos educativos y las necesidades del programa académico. Si soy aceptado, acepto notificar a la clínica dental el día antes de la cita (24) horas si debo cancelar esa cita. También entiendo que cancelaciones repetidas o tardanzas excesivas pueden ser causa de despido del programa Dental.

Entiendo y acepto que mis registros y los registros pertinentes a mi tratamiento son propiedad de VCU y/o HU School of Dentistry; sin embargo, previa solicitud por escrito, la escuela de odontología me proporcionará copias de mi expediente.

Por la presente doy mi consentimiento para que me fotografíen, filmen o graben en video en relación con el tratamiento, la educación y el programa de investigación de VCU y/o la Facultad de Odontología de HU. Entiendo y acepto que todas esas fotografías, películas y cintas son propiedad de VCU y/o de la Facultad de Odontología de HU.

Entiendo y acepto que, a los efectos del Programa de Garantía de Calidad de la VCU y/o de la Facultad de Odontología de HU, el personal encargado de supervisar las actividades de garantía de calidad revisará mis registros para garantizar que se hayan cumplido los estándares de atención.

Además, entiendo y acepto que a la Facultad de Odontología de VCU y/o HU y su facultad se les permitirá usar todo o parte de mi registro de paciente, ya sea en forma fotográfica o en escritos científicos, para publicaciones o revistas científicas, o para el avance de la educación odontológica. Toda la información personal estará protegida para evitar la identificación del paciente ya sea directa o indirectamente.

MÁS INFORMACIÓN

ESTE AVISO ENTRA EN VIGOR EL 13 DE ABRIL DE 2020

Para obtener más información, comuníquese con Community Access Network y la Clínica Gratuita en (434) 200-3366 o escríbanos a 800 5th Street, Lynchburg, VA 24504.

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Community Access Network y Free Clinic of Central Virginia. Entiendo que Community Access Network y Free Clinic of Central Virginia tienen derecho a cambiar este Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con Community Access Network y Free Clinic en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso. de Prácticas de Privacidad.

He notificado verbalmente a Community Access Network y Free Clinic of Central Virginia sobre mis contactos personales a quienes se les permite acceder a mi información médica.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre los consentimientos para el tratamiento y otros consentimientos, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Debe ser firmado por el paciente o tutor legal si el paciente es menor de 18 años o está legalmente incapaz de dar su consentimiento informado.

Firma del paciente/representante legal: _____

Nombre del Representante Legal en letra de imprenta: _____

Fecha: _____