

**MAHEC Dental Health Center  
at Biltmore**

123 Hendersonville Road  
Asheville NC 28803  
2nd Floor of MAHEC Family Health Center

Appointments: (828) 252-4290  
Mon-Thurs: 8:00 am – 5:00 pm  
Friday: 8:00 am - 3:00 pm



**MAHEC Dental Health Center  
at Columbus**

130 Forest Glen Road  
Columbus NC 28722  
On the campus of St. Luke's Hospital

Appointments: (828) 722-0003  
Mon – Thurs: 8:00 am – 5:00 pm

*Fuera del horario de atención, los/las pacientes establecidos/as pueden comunicarse con el/la dentista de turno al 828-777-8925.*



**¡Nos alegra que usted haya elegido los centros de salud dental MAHEC para su atención!**

Somos un centro de capacitación avanzada que incluye profesores de odontología, residentes de odontología y estudiantes de odontología pre doctorales. Desde procedimientos de restauración de rutina hasta mejoras cosméticas, manejo de enfermedades periodontales e implantes dentales, estamos aquí para satisfacer todas sus necesidades de salud bucal. Los/las dentistas de nuestra práctica le brindarán atención dental integral en nuestros consultorios dentales de última generación.

Nuestros servicios incluyen, entre otros: limpiezas y radiografías, empastes cosméticos, coronas y carillas, dentaduras postizas parciales y completas personalizadas, implantes, odontología reconstructiva de boca completa, tratamientos de conducto radicular, extracciones dentales, blanqueamiento dental, tratamientos de enfermedad periodontal (de las encías) y medicina oral.

Ofrecemos atención para toda la familia desde niños hasta ancianos. Nuestros/as proveedores/as y personal siempre se esfuerzan por brindar atención basada en evidencia en un ambiente profesional y de apoyo. Esperamos tener una relación continua con usted y una experiencia de paciente excepcional en cada cita. En nuestros dos consultorios encontrará:

- Atención compasiva: tratamos a los/las pacientes como nos gustaría ser tratados.
- Servicios de vanguardia, con tecnología moderna para mejorar su experiencia dental.
- Tratamiento centrado en el/la paciente: trabajaremos con usted para desarrollar un plan de tratamiento personalizado que respalde sus objetivos de salud bucal.
- Profesores experimentados, quienes brindan atención excepcional al/la paciente y capacitación avanzada para la próxima generación de profesionales dentales.
- Énfasis en el cuidado preventivo, para que pueda verse y sentirse lo mejor con dientes y encías saludables.
- Enfoque de salud integral: creemos que la salud bucal es un componente esencial del bienestar total.





# MAHEC Formulario de registro del/la paciente

Por favor complete la siguiente información utilizando tinta negra. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL.

Dental Biltmore

Dental Columbus

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Género al nacer:  Masculino  Femenino

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Nº de seguro social: \_\_\_\_\_

Condado de residencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número telefónico en casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Número telefónico en el trabajo: \_\_\_\_\_

Al proporcionar un número de teléfono, número de teléfono celular o una dirección de correo electrónico autorizo a MAHEC a ponerse en contacto conmigo o con mi tutor/representante legal para recordatorios de citas, para obtener información acerca de mi experiencia en este consultorio y para proporcionar recordatorios generales de salud y otra información con respecto a mi atención médica.

### Raza (seleccione una):

- Asiático/a indio/a
- Chino/a
- Filipino/a
- Japonés/Japonesa
- Coreano/a
- Vietnamita
- De otro país asiático
- Nativo/a de Hawái
- De otras islas del Pacífico
- Guamaniano/a  
Chamorro/a
- Samoano/a
- Negro/a  
Afroamericano/a
- Nativo/a de América del Norte  
Nativo/a de Alaska
- Blanco/a
- Más de una sola raza

### Identidad de género:

- Masculino
- Femenino
- Transgénero masculino
- Transgénero femenino
- Otro
- Elijo no divulgar

### Orientación sexual:

- Lesbiana o gay
- Heterosexual
- Bisexual
- Otra orientación sexual
- No sé
- Elijo no divulgar

### Idioma preferido:

- Inglés
- Español
- Ruso
- Lengua de signos americana
- Otro idioma: \_\_\_\_\_

### Estado civil:

- Soltero/a
- En una relación
- Con pareja
- Casado/a
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

### Poblaciones especiales

- Migratorio/a  Sí  No
- Estacional  Sí  No
- Sin hogar  Sí  No
- Estatus de vivienda (seleccione uno):
  - No sin hogar
  - Viviendo en un refugio para personas sin hogar
  - Transicional
  - Compartiendo cuarto
  - Viviendo en las calles
  - Vivienda permanente de apoyo
  - Otra forma de vivienda

Necesidades especiales de la audición:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Necesidades especiales de la visión:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Identidad étnica (seleccione una):

- Mexicano/a  
Mexicano/a americano/a  
Chicano/a
- Puertorriqueño/a
- Cubano/a
- Hispano/a  
Latino/a  
Español/a
- No hispano/a  
No latino/a  
No español/a

Utiliza silla de ruedas:  Sí  No

Tiene trastorno del habla:  Sí  No

Tiene estatus de veterano/a:  Sí  No

¿Tiene usted un poder legal para atención médica o un/a tutor/a legal?  Sí  No  
(en caso afirmativo por favor avise al personal de la recepción)

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**SI EL/LA PACIENTE ES UN/A NIÑO/A (SI TIENE MENOS 18 AÑOS)**

Nombre y apellido(s) de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

**INGRESOS ANUALES ANTES DE LOS IMPUESTOS**

\_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Se usa la arriba citada información de los ingresos únicamente como información estadística y no se usa para determinar las necesidades financieras específicas del/la paciente.

**INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL PRIMARIO**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nº de identidad de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL SECUNDARIO**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nº de identidad de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Nº de identidad de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido(s) del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ El titular de la póliza es:

Parentesco del titular de la póliza con el/la paciente: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS Y REGLAS FINANCIERAS**

Por la presente autorizo que se hagan los pagos de todos los beneficios de seguros médicos, Medicaid y/o Medicare directamente a MAHEC y les autorizo a ellos a presentar reclamos de seguro en mi nombre. También les autorizo a ellos a divulgar mi información médica y/o información de mi cuenta a mi proveedor de seguro médico, Medicaid y/o Medicare tal como sea requerido para satisfacer los reclamos. Accedo notificarles a ellos si mi cobertura cambia.

Comprendo que MAHEC:

- Espera el pago el mismo día de atención (si tiene seguro médico los co-pagos y deducibles se pagan el día de atención).
- Acepta pago en efectivo, cheques, tarjetas de débito o tarjetas de crédito principales.
- Cuenta con que presentaran los reclamos en mi nombre a Medicaid, Medicare y a todos los seguros médicos. Sin embargo, es mi responsabilidad saber los detalles de mi cobertura y proporcionar información actual y precisa a MAHEC..
- Proporciona servicios y tratamiento cuales son medicamente apropiados. Sin embargo, algunos de estos pueden no ser cubiertos por mi plan de seguro y será mi responsabilidad pagar por estos.
- Espera que la compañía de mi seguro médico pague dentro de un período de 90 días a partir de la fecha del rendimiento del servicio y me facturará directamente si el seguro médico no paga.
- Espera que el padre/la madre o tutor/a legal pague por todos servicios brindados a sus dependientes.
- Espera que yo mantenga mis citas y que llame con por lo menos 24 horas de anticipación para cancelar una cita. Comprendo que el no hacer esto puede resultar en que ya no se me acepte como paciente en este consultorio.

He leído y comprendo lo arriba citado.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

AVISO: El no firmar este acuerdo no le exime de las arriba citadas expectativas.

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Consiento voluntariamente a los servicios de rutina, tratamiento(s) médico(s), procedimiento(s) diagnóstico(s) de radiología, análisis diagnóstico(s) de laboratorio, servicios de salud mental y servicios ofrecidos por trabajadores de salud profanos (por ejemplo, doula/comadrona, trabajador/a de salud de la comunidad, especialista de apoyo individual) según lo que los proveedores de atención médica quienes me atienden consideren necesarios en cualquiera de las instalaciones de MAHEC. Voluntariamente doy mi consentimiento para permitir a MAHEC buscar atención médica de emergencia de parte de un médico u hospital, si es necesario. Comprendo que los procedimientos diagnósticos pueden incluir, pero no se limitan a, estudios de laboratorio de sangre, orina y tejido, incluidas las pruebas de detección de sustancias controladas. Comprendo que los procedimientos diagnósticos de radiología incluyen, pero no se limitan a, rayos x, ultrasonido, y/o mamografía. Comprendo que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar herida o incluso la muerte. Comprendo que tengo el derecho de hacer preguntas acerca de mi tratamiento y/o mis procedimientos y que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o procedimiento. Accedo a notificar a mi profesional médico de mis preocupaciones.

Nombre del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal (en LETRA DE MOLDE):

\_\_\_\_\_

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECONOCIMIENTO DEL AVISO DE PRIVACIDAD**

Se me ha dado la oportunidad de leer el aviso de normas de privacidad de MAHEC, y mis preguntas acerca de dicho aviso han sido contestadas. Comprendo que si elijo no firmar este reconocimiento, MAHEC continuará a brindarme servicios y usará y divulgará mi información de salud protegida (Protected Health Information o PHI, por sus siglas en inglés) de acuerdo con el aviso de normas de privacidad de MAHEC.

Firma del/la paciente o de la madre/del padre o tutor/a legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





Name: _____
DOB: _____
MRN#: _____

## ¿Con quién podemos hablar?

Este formulario le permitirá a MAHEC a **hablar** con individuos elegidos por usted de su información médica y financiera relacionada con el cuidado y los servicios que usted ha recibido. Este formulario no permite que los individuos anotados obtengan fotocopias de su información médica o financiera. **Puede anotar los nombres de hasta tres (3) individuos U optar por no anotar ningún nombre. Puede actualizar este formulario en cualquier momento.**

Su nombre (por favor imprimir) \_\_\_\_\_

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

### Persona #1

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

### Persona #2

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

### Persona #3

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

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

O

No quiero poner a nadie en la lista en este momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del/de la paciente, padre, o tutor(a) legal

\_\_\_\_\_  
Fecha







FOR OFFICE USE ONLY

DOB:

Reviewed By:

## HOJA DE INFORMACIÓN DE PACIENTE

*Somos un consultorio de odontología general y de enseñanza. Tenemos dentistas quienes participan en un programa de residencia de práctica general avanzada y estudiantes de odontología en su año final en UNC Adams School of Dentistry. Nuestra facultad y nuestros/as dentistas residentes son graduados de la universidad dental. Todos/as nuestros/as estudiantes y dentistas residentes son supervisados/as por nuestra facultad. Brindamos un rango completo de cuidado dental y solamente referimos los casos más complicados a otros consultorios. Nuestros cobros por servicios son muy competitivos en comparación con otros consultorios en esta área. Por favor firme y ponga la fecha al final de esta página para reconocer que ha recibido este formulario y comprende cada una de las reglas.*

### **Horas programadas de las citas:**

Pedimos que todos/as nuestros/as pacientes lleguen 15 minutos antes de la hora programada para actualizar el expediente y verificar el seguro dental.

### **Confirmación de citas y citas incumplidas**

No confirmar su cita vía mensaje de texto o llamada telefónica a través del sistema de recordatorios automatizado por lo menos 24 horas por anticipado resultará en la cancelación de la cita. No confirmar la cita resultará en una cita 'incumplida.' Si uno tiene dos citas 'incumplidas' en un plazo de 6 meses ya no podrá programar citas por anticipado. Tendrá que llamar a la clínica el día que esté disponible para ver si puede ser atendido/a ese día. Si hay citas disponibles ese día, el/la paciente puede programar una.

### **Citas de emergencia (durante el horario regular de atención):**

Si usted tiene una emergencia dental, por favor llame al consultorio después de las 8:15 a.m. Nos pondremos en contacto con su doctor/a y haremos cada esfuerzo para abordar su situación de emergencia tan rápidamente como posible.

### **Citas pediátricas, menores de edad/tutores legales:**

Podemos atender a los/las niños/as en nuestra clínica si uno de los papas o tutores/as legales está presente. Sin embargo, requerimos que el doctor atienda al niño/a la niña solo mientras que el papa o el/la tutor/a legal espere en la sala de espera. Se le consultará a usted durante el examen/tratamiento de su hijo/a o después de que se lo complete. Si usted está llenando papeles o tomando decisiones sobre tratamientos para otro individuo, por favor indique su parentesco con el/la paciente y proporcione documentación legal.

### **Niños sin supervisión:**

Por favor no lleve niños al centro dental, al no ser que tengan cita o que alguien quien les guarde esté presente. Por motivos de seguridad no se permite que los niños acompañen al/la paciente a las áreas de tratamiento y tampoco pueden esperar en la sala de espera sin supervisión. Los empleados del centro dental no podrán supervisar a los niños.

### **Solamente pacientes en las áreas clínicas:**

Para poder brindar la calidad de atención y la privacidad que creemos que nuestros/as pacientes merecen, pedimos que los/as cónyuges/padres/tutores se queden en el área de recepción durante el tratamiento. Esto permite que el/la doctor/a y el equipo clínico puedan brindar su atención indivisa al/la paciente. Con mucho gusto contestaremos preguntas antes, durante o después del procedimiento.

**Uso de informes suplementarios:** Permiso que se hagan fotos, videos, y rayos x de mis estructuras orales, si son relacionados con los procedimientos, y para su uso educativo en conferencias o publicaciones, siempre que no se revele mi identidad.

### **Radiografías:**

Si usted tuvo radiografías recientes en otro consultorio, por favor pida que se envíen copias a nuestro consultorio antes del día de su cita. Se necesitan radiografías dentales para ayudar al/la dentista a evaluar su salud oral. Nuestro consultorio tiene la más moderna y segura tecnología digital de rayos x.

### **Medicinas:**

Por favor lleve una lista de sus medicinas actuales cuales está tomando a su primera cita y a cada cita a partir de ahí en caso de nuevas recetas o cambios de dosis.

### **Honorarios estimados:**

Cualquier honorario dado por teléfono es una estimación y no es el precio garantizado para el tratamiento. Se darán planes escritos de tratamiento y estimaciones de parte del seguro antes de que se brinden los tratamientos.

### **Servicios después de las horas regulares de atención:**

Nuestras horas de atención dental son generalmente de las 8:00 a.m. a las 5:00 p.m., de lunes a viernes. Si usted tiene una verdadera emergencia dental fuera del horario de atención regular; hinchazón, sangrado o trauma facial, por favor vaya al más cercano departamento de emergencias. También puede llamar a nuestro/a doctor/a de turno fuera del horario regular de atención al (828) 777-8925.

**Firma del/la paciente/tutor/a/padre/madre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre y apellido(s) del/a paciente:** \_\_\_\_\_





**Centro De Salud Dental Y Centro  
Para Capacitación Avanzada**

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Chart #: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental: \_\_\_\_\_

Razón por la visita: \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los **medicamentos**, suplementos (incluidos los herbales) y medicamentos de venta libre que toma actualmente.

Ninguno

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Por favor liste cualquier **alergia**, incluyendo alergias que no son a medicamentos (metales, látex, etc.)

Ninguno

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**SOLO PARA MUJERES**

¿Está tomando anticonceptivos orales?

Sí  No

¿Está tratando de embarazarse?

Sí  No

¿Está embarazada?

Sí (fecha estimada del parto):

\_\_\_\_\_

No

¿Está amamantando?

Sí  No

¿Alguna vez ha sido hospitalizado/a o tenido una operación mayor?  Sí  No

Si es que sí, favor de proporcionar los detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado medicamentos para la densidad ósea tal como Boniva, Fosamax, etc.?  Sí  No

Si es que sí, la está tomando actualmente, o, ¿cuándo fue la última vez que la tomó? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Necesita antibióticos antes de recibir un tratamiento dental?  Sí  No

Si es que sí, ¿para qué condición? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Usa o ha usado un producto de tabaco (fumar, masticar, chupar, vaporizar, etc.)?

\_\_\_\_\_



## Centro De Salud Dental Y Centro Para Capacitación Avanzada

### FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

#### FOR OFFICE USE ONLY

Chart #: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_

En las siguientes secciones, por favor compruebe en las casillas si tiene actualmente, ha tenido, y/o se le está tratando por alguna de las siguientes condiciones

#### Corazón/Sangre/Cardiovascular

- Presión arterial alta/Hipertensión
- Ataque de corazón/Infarto
- Derrame cerebral
- Dolor de pecho/Angina de pecho
- Latidos cardíacos irregulares/fibrilación auricular
- Sangrado excesivo
- Positivo/a de SIDA/VIH
- Leucemia
- Endocarditis infecciosa
- Válvula artificial de corazón
- Insuficiencia cardíaca
- Problemas cardíacos congénitos
- Soplo cardíaco
- Fácil producción de moretones
- Prolapso de la válvula mitral
- Fiebre escarlatina o reumática
- Transfusión de sangre
- Anemia
- Anemia de las células falciformes
- Presión arterial baja
- Marcapasos de corazón
- Otro problema del corazón

\_\_\_\_\_

Ninguno

#### Diabetes/Tiroides

- Diabetes
- Valor de A1C: \_\_\_\_\_
- Enfermedad de tiroides
- Azúcar en la sangre bajo o alto
- Sed excesiva
- Pérdida de peso reciente
- Ninguno

#### Piel/Articulación/Músculo/Sistema esquelético/Autoinmune/Otro/a

- Cáncer
- Terapia de radiación
- Quimioterapia
- Osteoporosis
- Artritis reumatoide
- Articulaciones artificiales
- Lesión de cabeza/cuello
- Dolor en las articulaciones mandibulares
- Glaucoma
- Fibromialgia
- Lupus
- Medicamentos con cortisona
- Hinchazón de las extremidades
- Gota
- Urticaria/Erupción cutánea
- Boca seca
- Llagas en o alrededor de la boca
- Herpes labial
- Infección de transmisión sexual
- Herpes
- Herpes zóster o culebrilla
- Ninguno

#### Hígado/Riñón/Gastrointestinal

- Hepatitis (escoja):  A  B  C
- Antecedentes de agruras/reflujo ácido
  - Problemas de riñón(es)
  - Úlceras de estómago
  - Diarrea frecuente
  - Otro problema de riñón
  - Otro problema o enfermedad de hígado
- \_\_\_\_\_
- Ninguno

#### Respiración y Pulmones

- Asma
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Apnea del sueño
- Falta de aire/dificultad para respirar
- Tuberculosis
- Condiciones/problemas de sinusitis
- Tos frecuente
- Fibrosis quística
- Otro problema con la respiración/los pulmones

\_\_\_\_\_

Ninguno

#### Enfermedades psiquiátricas/neurológicas

- Depresión
- Trastorno bipolar
- Ansiedad
- Esquizofrenia
- TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad)
- Demencia o enfermedad de Alzheimer
- Uso de sustancias
- Ataque repentino o convulsiones
- Trastornos del desarrollo
- Autismo (espectro): \_\_\_\_\_
- Desmayos o mareos
- Discinesia tardía
- Parálisis cerebral
- Otra condición psiquiátrica

\_\_\_\_\_

Ninguno



**Centro De Salud Dental Y Centro  
Para Capacitación Avanzada**

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Chart #: \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_

¿Tiene un médico de cabecera?  Sí  No

Si es que sí, por favor anote el nombre y número de teléfono.

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor anote su farmacia preferida.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema de salud que requiera más aclaración?  Sí  No

Si es que sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A mi leal saber y entender, todas las respuestas e información anteriormente brindadas son ciertas y correctas. Si hay cambios en mi salud, les notificaré sin falta a los médicos en mi siguiente cita.

Firma del/de la paciente, padre/madre o tutor/a: \_\_\_\_\_

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





## SLIDING SCALE DISCOUNT PROGRAM

*Compassionate financial support*

It is the policy of MAHEC to provide essential services for Medical, Behavioral Health, and Dental Care regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered based on family size and annual income.

The discount will apply to all essential services provided and billable by MAHEC. Services performed by outside organizations and equipment that is purchased from outside companies, including outside laboratory testing, drugs, and x-ray interpretation by a consulting radiologist, and other such services, will not be covered under this policy. This form must be completed every 12 months or if your financial situation changes.

The application can be completed online by using the QR codes below, or you can request a paper application from any front desk team member.

These documents will need to be turned in before your application can be processed: Completed Application and Proof of Income

Applications need to be received within 30 days of your first appointment.

**Family Health Centers  
Financial Advocate**

Phone: (828) 771-5502 | Fax: (828) 579-4208

Mailing Address:

123 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803

**Ob/Gyn Specialists  
Financial Advocate**

Phone: (828) 771-5443 | Fax: (828) 407-2639

Mailing Address:

119 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803

**Center for Psychiatry and Mental Wellness  
Financial Advocate**

Phone: (828) 771- 5466 | Fax: (828) 579-4212

Mailing Address:

125 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803

**Dental Health Centers  
Financial Advocate**

Phone: (828) 398-5918 | Fax: (828) 552-8691

Mailing Address:

123 Hendersonville Rd. Asheville, NC 28803

**Internal Medicine  
Financial Advocate**

Phone: (828) 771-3507 | Fax: (828) 579-3748

Mailing Address:

123 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803



English



Español

*If you have any questions regarding this program, please feel free to contact your Patient Financial Advocate*





## MAHEC Dental Health Center

123 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803  
130 Forest Glen Road, Suite A, Columbus, NC 28722  
Business Office Phone: (828) 252-4290/Fax: (828) 333-5871 (Asheville)  
Business Office Phone: (828) 722-0003/Fax: (828) 333-5460 (Columbus)

### AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA EL ENTRENAMIENTO DE ESTUDIANTES

**\*\* Usted solamente necesita completar este formulario si tiene cita con un/a estudiante dental de UNC\*\***

<b>Nombre y apellido(s) legales del/la paciente:</b> _____	
<b>Fecha de nacimiento:</b> _____	
Autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida como abajo detallado.	
<b>La información será divulgada por parte de:</b>	<b>La información será brindada a:</b>
NAME OF FACILITY MAHEC Dental Health Center	NAME OF PERSON/ORGANIZATION/FACILITY UNC -CH Adams School of Dentistry
ADDRESS 123 Hendersonville Road/130 Forest Glen Road	ADDRESS Tarrson Hall, 120 Dental Circle
CITY/STATE/ZIP Asheville, NC 28803/Columbus, NC 28722	CITY/STATE Chapel Hill, NC 27514 PHONE #: (919) 537-3737 FAX #: (919) 537-3625
<b>El propósito de esta divulgación es:</b> Permitir a MAHEC divulgar su información de salud protegida a la facultad y al personal administrativo de UNC-CH Adams School of Dentistry para que ellos puedan evaluar la destreza de un/a o varios/as estudiante(s) de odontología y ponerle(s) nota(s).	
<b>Información que será divulgada:</b> Sus informes dentales para tratamiento brindado a usted por un/a o varios/as estudiantes dental(es) e informes dentales para el tratamiento complementario a tal tratamiento dental brindado por el/la estudiante.	
Comprendo que esta autorización se vencerá un (1) año después de la fecha del servicio.	
Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a: MAHEC Privacy Officer, 121 Hendersonville Road Asheville, NC 28803, y que esta autorización dejará de tener efecto en la fecha de la notificación, a excepción de la acción previamente tomada a consecuencia de la misma.	
Comprendo que la información usada o divulgada a consecuencia de esta autorización puede ser sujeto a una re-divulgación por parte del recipiente y puede ya no ser protegida por leyes federales o estatales.	
Comprendo que MAHEC no requerirá la provisión de esta autorización para el tratamiento o la elegibilidad para atención, a menos que tal atención fuera: (1) relacionada con la investigación o (2) brindada solamente con el propósito de crear protegida información de salud para divulgar a un tercero.	
<b>Firmando abajo, reconozco que he leído esta autorización y que la comprendo.</b>	
<b>FIRMA DEL/LA PACIENTE</b>	<b>FECHA</b>
<b>FIRMA DE UN/A REPRESENTANTE AUTORIZADO/A DEL/LA PACIENTE, SI CORRESPONDE</b> <i>(declare la relación con el/la paciente)</i>	<b>FECHA</b>
<b>TESTIGO DE LA FIRMA, SI CORRESPONDE</b>	<b>FECHA</b>

USTED TIENE EL DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA