

## SOLICITUD DE ASISTENCIA CON EL CUIDADO DENTAL

Fundación Comunitaria de la Isla Orcas (OICF), Servicios Comunitarios y de Salud del Condado de San Juan (HCS), Red de Impacto Local de Comunidades Responsables de Salud de North Sound (ACH LIN), Centro de Recursos Comunitarios Orcas (OCRC) y Medical Teams International están colaborando para brindar atención dental a los residentes de Orcas. Las fechas programadas para la furgoneta dental para 2021 en Orcas son: del 14 al 17 de abril, del 10 al 13 de mayo, del 22 al 25 de septiembre y del 3 al 6 de noviembre. Toda la información proporcionada en este formulario se manejará de manera confidencial. Los solicitantes con citas serán contactados antes de la clínica. Tenga en cuenta que completar esta solicitud no garantiza una cita. Se dará prioridad a los pacientes con mayor necesidad. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con Kristen Rezabek, San Juan Co HCS [kristenr@sanjuanco.com](mailto:kristenr@sanjuanco.com) o llame al 360-370-7518.

Las solicitudes COMPLETADAS se aceptan en OCRC o el Centro para personas mayores Orcas

Nombre del paciente:

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Escuela / Trabajo:

\_\_\_\_\_

Padre o Tutor (si el paciente es menor de edad):

\_\_\_\_\_

Dirección (postal y física, si es diferente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El mejor número de contacto: \_\_\_\_\_ .Alt número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: (si el método preferido de contacto)

\_\_\_\_\_

¿Tiene seguro dental? SI NO

¿Usted o su familia pueden pagar por ninguno de los costos? SI NO

¿Tiene los dientes faltantes o rotos? SI NO

¿En caso afirmativo, por favor describa cuantos y hace cuánto tiempo?

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún dolor o hinchazón en la boca? SI NO

Por favor, describa cualquier dolor, hinchazón o deterioro que tiene (es decir, donde se encuentra esta, ¿cuánto tiempo ha tenido esto y qué has hecho para el alivio). Descripción general de las necesidades de atención dental:

\_\_\_\_\_

¿Usted está experimentando cualquier tipo de sensibilidad? Por favor, describa. SI NO

¿La última vez que tenía una limpieza dental? \_\_\_\_\_  
¿La última vez que vio a un dentista? \_\_\_\_\_

¿Está usted actualmente recibiendo atención o tratamiento dental?  
\_\_\_\_\_

Dentista: Teléfono \_\_\_\_\_ :  
Doy permiso para ponerse en contacto con una Dentista:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o Tutor Fecha

Usted tiene cuestiones de salud o preocupaciones:  
\_\_\_\_\_

VAN DENTAL indicaciones de revisión:

Las personas aceptadas para el tratamiento dental en el van debe: 1) tienen ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza, 2) no tienen seguro dental de ningún tipo, y 3) no tienen la capacidad real de pagar por la atención de urgencia dental que necesitan.

Tamaño de familia	200% FPL
1	\$25,760
2	\$34,840
3	\$43,920
4	\$53,000
5	\$62,080
6	\$65,920
7	\$80,240
8	\$89,320

El total de ingresos de todas las fuentes para el hogar:  
\_\_\_\_\_

Si existen circunstancias atenuantes que le gustaría que consideremos, por favor describa:  
\_\_\_\_\_

Donde consiguió esta aplicación (por ejemplo, Banco de Alimentos, WIC, OFC):  
\_\_\_\_\_

¿Necesita algún servicio especial? (como traducción) \_\_\_\_\_

Yo certifico que la que la información proporcionada es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento y que no tengo ningún tipo de seguro para cubrir estos costos:

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