

# ¡SU HIJO PUEDE RECIBIR ATENCIÓN DENTAL EN LA ESCUELA!

El Centro de Salud Comunitario de Morongo Basin se está asociando con el Distrito Escolar Unificado de Morongo para ofrecer atención dental preventiva en su escuela.



## DIENTES SANOS. BOCA FELIZ.

Su hijo puede recibir atención dental en la escuela en el Centro de Salud Comunitario Morongo Basin. Este programa local es para estudiantes que están en Medi-Cal o son elegibles para Medi-Cal que no tienen un hogar dental, o que desean la conveniencia de que su hijo reciba atención dental en la escuela. Se anima a los niños que tienen un hogar dental a que sigan viendo a su dentista habitual.

NOMBRE DE LA ESCUELA DEL NIÑO \_\_\_\_\_

### POR FAVOR COMPLETE

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apodo preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del padre/madre: \_\_\_\_\_ (para fines del seguro)

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Identidad de género:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_  Se negó a declarar

Raza:  Indio americano/nativo de Alaska  Asiático  Negro/Afroamericano  Nativo de Hawái  Blanco  
 Isleño del Pacífico  Más de una raza  Otro: \_\_\_\_\_  Declined to state

Hispano / Latino  Sí  No Lenguaje primario:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

¿Está sin hogar?  Sí  No

En caso afirmativo:  En un refugio para personas sin hogar  Vivienda transicional  Vivo con amigos  En la calle  
 Otro: \_\_\_\_\_  Lugar no diseñado para dormir  Desconocido

### SI SU HIJO TIENE MEDI CAL (también conocida como Tarjeta de Identificación de Beneficios, Denti Cal, Medicaid)

IMPORTANTE: DEBEMOS TENER SU NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PARA QUE EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MORONGO BASIN VEA A SU HIJO.

Ingrese el número de identificación del niño

9												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Medi-Cal cubre el 100%

◆ Ingreso familiar mensual \$ \_\_\_\_\_ Número de dependientes en el hogar \_\_\_\_\_  Se negó a declarar

No tengo seguro en este momento.  Me gustaría que el Centro de Salud Comunitario Morongo Basin se comunique conmigo sobre la inscripción en Medi-Cal.

En caso de emergencia, ¿con quién podemos comunicarnos sobre la atención dental del paciente? \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### LEA Y FIRME ABAJO Si tiene alguna pregunta o le gustaría hablar con alguien del equipo dental, llámenos al 760.362.8452

Solicito que el equipo dental realice servicios dentales a mi hijo en la escuela, que pueden incluir: examen dental completo, radiografías y fotografías de los dientes; Limpieza dental; tratamiento de fluoruro; selladores dentales; restauraciones terapéuticas provisionales; empastes y extracciones simples; uso de anestésico local o tópico. Este consentimiento para el tratamiento incluye visitas futuras. Informaré cualquier cambio significativo en la salud de mi hijo al 760.362.8452.

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incompleta podría ser peligroso para la salud de mi hijo.

He leído el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD y CONSENTIMIENTO EN EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO, entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

FIRMA Y FECHA

EL NOMBRE EN LETRA DE MOLDE ES SU FIRMA DIGITAL

FECHA

## INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Este niño está siendo tratado por un médico en este momento? En caso afirmativo, explique por qué.  Sí  No

¿Está este niño tomando algún medicamento recetado y/o de venta libre o suplementos vitamínicos en este momento? En caso afirmativo, indíquelos aquí.  Sí  No

¿Este niño alguna vez ha sido hospitalizado, ha tenido una cirugía, una lesión grave o una condición médica? En caso afirmativo, explíquelo por favor.  Sí  No

¿Este niño está al día con las vacunas contra las enfermedades infantiles?  Sí  No

## ESTE NIÑO TIENE LAS SIGUIENTES ALERGIAS CONOCIDAS

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina               | <input type="checkbox"/> Alimentos                  | <input type="checkbox"/> Metal                           | <input type="checkbox"/> Fármacos sulfonados |
| <input type="checkbox"/> Anestesia dental local | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/estacional | <input type="checkbox"/> Medicamento para el dolor       | <input type="checkbox"/> Otro:               |
| <input type="checkbox"/> Animales               | <input type="checkbox"/> Yodo                       | <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos |  |
| <input type="checkbox"/> Codeína/narcóticos     | <input type="checkbox"/> Látex (goma)               | <input type="checkbox"/> Sedantes                        |  |

## ESTE NIÑO TIENE UN HISTORIAL O AFECCIÓN RELACIONADA CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES

- |  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido (ERGE)    | <input type="checkbox"/> Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo          | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal       | <input type="checkbox"/> Convulsiones                  |
| <input type="checkbox"/> ADHD                    | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral           | <input type="checkbox"/> Desmayos                   | <input type="checkbox"/> Condición del hígado   | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Varicela                     | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento   | <input type="checkbox"/> Sarampión              | <input type="checkbox"/> Sinusitis                     |
| <input type="checkbox"/> Artritis                | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística            | <input type="checkbox"/> Mano / Pie / Boca          | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental    | <input type="checkbox"/> Condición de la piel          |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Diabetes 1 o 2               | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza          | <input type="checkbox"/> Mononucleosis          | <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla        |
| <input type="checkbox"/> Autismo                 | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down             | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva      | <input type="checkbox"/> Respiración bucal      | <input type="checkbox"/> Afección del estómago         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vejiga | <input type="checkbox"/> Dolor de oído (crónico)      | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca         | <input type="checkbox"/> Paperas                | <input type="checkbox"/> Afección de la tiroides       |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la sangre  | <input type="checkbox"/> Trastorno de la alimentación | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A/B/C)          | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular     | <input type="checkbox"/> Consumo de tabaco o vapeo     |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre   | <input type="checkbox"/> Discapacidad motriz          | <input type="checkbox"/> Herpes / ampollas febriles | <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescente) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad ósea         | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA                | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática       | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea (ETS)      |

## HISTORIA DENTAL

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Es esta la primera visita del niño a un proveedor de servicios dentales?   | Fecha del primer examen dental _____                            |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido el niño algún problema con los tratamientos dentales en el pasado?   | Fecha de la última radiografía dental _____                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Alguna vez el niño ha tenido radiografías dentales (rayos X) expuestas?  | Fecha del último tratamiento con flúor _____                    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha sufrido el niño alguna vez una lesión en la boca, la cabeza o los dientes?  | <input type="checkbox"/> barniz <input type="checkbox"/> tópico |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene el niño problemas en la articulación de la mandíbula (chasquidos)?   | Edad cuando el niño dejó de amamantar _____                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño aprieta o rechina los dientes con frecuencia?  | Edad cuando el niño dejó el biberón _____                       |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o la caída de los dientes?  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha recibido el niño algún tratamiento de ortodoncia?   |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Participa el niño en actividades recreativas activas?  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Algún miembro de la familia ha tenido caries en los últimos 12 meses?  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha tenido el niño caries o empastes en los últimos 3 años?   |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño se chupa el pulgar, los dedos o el chupete?  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño come comidas / bebidas azucaradas más de 3 veces al día?   |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño se cepilla los dientes con pasta de dientes con flúor? <input type="checkbox"/> 1x/día <input type="checkbox"/> 2x/día |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Se enjuaga el niño con enjuague bucal con flúor una vez al día?  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño se cepilla los dientes con pasta dental con flúor recetada (5,000 ppm)?  |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Toma el niño suplementos de flúor?   |   |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En los últimos 6 meses, ¿ha recibido el niño flúor en <input type="checkbox"/> barniz <input type="checkbox"/> tópico?          |   |

Envíe el formulario completo por correo electrónico a: [mobiledental@mbhdistrict.org](mailto:mobiledental@mbhdistrict.org) Llame al 760-362-8452 con preguntas sobre este formulario. Deje un mensaje detallado, incluido su nombre y número para devolverle la llamada. Un miembro de nuestro equipo dental se pondrá en contacto con usted lo antes posible.

# SEPARE ESTE FORMULARIO Y GUÁRDELO PARA SUS REGISTROS

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (REV 1/18)

Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. **POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.**

### ¿Cómo solemos compartir su información médica?

**Tratamiento:** Podemos usar su información médica y compartirla con otros profesionales de la salud que lo estén tratando, como médicos, asistentes médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y enfermería, técnicos, terapeutas, proveedores de servicios de emergencia y transporte médico y otras personas involucradas en su cuidado.

**Familia:** Podemos divulgar su información médica a un familiar o amigo que esté involucrado en su atención médica, o alguien que ayude a pagar su atención. Durante las visitas con estas personas, informe a su proveedor y al personal de la clínica si no desea que divulguemos su información médica durante la visita. También podemos divulgar su información médica a organizaciones de socorro en casos de desastre para ayudarlo a ubicarlo en caso de un desastre.

**Operaciones de la clínica:** podemos usar y divulgar su información médica si es necesario para mejorar la calidad de la atención que brindamos a los pacientes o para operaciones de la clínica. Podemos utilizar su información para realizar actividades de mejora de la calidad, auditorías y servicios legales o contables.

**Pago:** Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades.

**Salud y seguridad públicas:** se nos permite o exige compartir su información de otras formas, generalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html). Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, informar reacciones adversas a medicamentos, denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o prevenir o reducir amenazas graves para la salud o la seguridad de cualquier persona.

**Requerido por la ley:** Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con las leyes federales de privacidad. Podemos usar o compartir información médica sobre usted para reclamos de compensación para trabajadores, para propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley, con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley o para funciones gubernamentales especiales como militares, seguridad nacional y los servicios de protección presidencial. Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

**Autorizaciones requeridas:** Con limitadas excepciones, debemos obtener su autorización por escrito antes de que podamos divulgar su información médica, divulgar notas de psicoterapia, realizar actividades de marketing o para divulgaciones no indicadas en este documento. Su autorización puede ser revocada notificándonos de inmediato.

### ¿Cuáles son sus derechos como paciente?

**Solicitar su información médica:** tiene derecho a ver su propia información médica y a recibir una copia de esa información. Conservaremos los registros originales, incluidos su registro médico, registro de facturación y otros registros utilizados para tomar decisiones sobre su atención. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo. Puede revisar su registro sin costo alguno.

**Solicitar enmienda o corrección:** Puede pedirnos que corrijamos su información médica si cree que es incorrecta o está incompleta. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de los 60 días posteriores a su solicitud.

**Solicitar comunicaciones confidenciales:** puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

**Solicitar restricciones sobre la divulgación de su información médica:** Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información médica para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos decir "no" si no afectaría su atención. Si paga un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede solicitarnos que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su seguro de salud. Debe notificarnos en el momento de registrarse. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

**Solicitar una notificación de divulgaciones:** puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las opciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos un año contable gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los mismos 12 meses.

**Solicitar una copia de este aviso de privacidad:** en cualquier momento y le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

**Elegir a alguien para que actúe en su nombre:** si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer los derechos suyos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

**Presentar una queja:** si cree que se violan sus derechos. Puede presentar una queja comunicándose con el Director de Calidad al 760.365.9305. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1.877.696.6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

### Nuestras responsabilidades

1. La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
2. Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
3. Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
4. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

### Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar nuestras prácticas con respecto a cómo usamos o divulgamos la información sobre medicamentos del paciente, o cómo implementamos los derechos del paciente con respecto a su información. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso y hacer que las disposiciones de nuestro nuevo Aviso sean efectivas para toda la información de registros médicos que mantenemos. Si cambiamos estas prácticas, publicaremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado.

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO (REV 1/18)

1. **Consentimiento para el tratamiento:** Habiendo elegido ser tratado en el Centro de Salud Comunitario Morongo Basin (MBCHC) para servicios ambulatorios, por la presente doy mi consentimiento y autorizo la administración de todos los tratamientos diagnósticos y terapéuticos que puedan considerarse aconsejables o necesarios en el juicio del proveedor tratante.
2. **Historial de recetas:** Entiendo que mi historial de recetas de muchos otros proveedores médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios farmacéuticos puede ser visible para los proveedores y el personal de MBCHC y puede incluir recetas que se remontan en el tiempo varios años.
3. **Consentimiento de fotografía:** Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, cintas de video, imágenes digitales o de otro tipo de mi afección o tratamiento médico o quirúrgico, y el uso de las imágenes con el propósito de mi diagnóstico o tratamiento o para las operaciones de MBCHC, incluidos programas de revisión, educación o capacitación realizados por el centro.
4. **Autorización para divulgar información:** Por la presente autorizo a MBCHC y a todos los proveedores que me atienden a divulgar información y/o facilitar la coordinación de mi atención médica con los proveedores de servicios apropiados.
5. **Autorización para divulgar información del seguro:** por la presente autorizo a MBCHC y a todos los proveedores que me atienden a divulgar información para completar formularios de reclamación de seguros.
6. **Asignación de beneficios de seguro:** Por la presente instruyo y autorizo a mi compañía de seguros a realizar pagos directamente a MBCHC.
7. Entiendo que **soy financieramente responsable** de todos los cargos.
8. He recibido una copia del **Aviso de prácticas de privacidad de MBCHC**.

## CONSENTIMIENTO PARA TELE-ODONTOLÓGÍA

**¿Qué es una Consulta de Tele-Odontología?** La tele-odontología es una herramienta que se utiliza para ayudar a las personas que no van o no pueden ir al consultorio del dentista a recibir el beneficio de exámenes o consultas dentales de rutina. La tele-odontología utiliza registros dentales electrónicos como versiones electrónicas de radiografías, fotografías, grabaciones o la condición de sus dientes, salud y otra información de salud. Estos registros son revisados por un dentista más adelante. El objetivo del sistema de tele-odontología es que el dentista cree un plan de tratamiento y recomendaciones para su atención dental.

**¿Cuáles son los riesgos, beneficios y alternativas?** Los beneficios de la tele-odontología incluyen tener acceso a un dentista e información dental adicional sin tener que viajar a un consultorio o clínica dental. Un riesgo potencial de la tele-odontología es que aún puede ser necesaria una consulta cara a cara con un dentista después de la cita de tele-odontología. En cualquier momento durante la consulta, puede optar por recibir atención dental en un consultorio o clínica dental.

**Confidencialidad.** Las leyes federales y de California actuales sobre confidencialidad se aplican a la información utilizada o divulgada durante su consulta de tele-odontología.

**Derechos.** Puede optar por no participar en una consulta de tele-odontología en cualquier momento antes y/o durante la consulta. Si decidE no participar, no afectará su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Tiene la opción de buscar consulta o tratamiento dental en un consultorio dental en cualquier momento, antes o después de la consulta de tele-odontología. Si ocurre alguna lesión como resultado de los procedimientos provistos por el higienista dental, notifique a esa persona. Harán los arreglos necesarios para el tratamiento adecuado de la lesión.

## ¡CONSULTE ESTOS RECURSOS DISPONIBLES!



### **LÍNEA DIRECTA DESPUÉS DEL HORARIO 760.365.9305**

El Centro de Salud Comunitario Morongo Basin ofrece una Línea de Asesoramiento de Enfermeras, abierta de 5 p.m. a 8:30 a.m. Todas las llamadas serán atendidas en vivo por enfermeras que pueden ofrecer asesoramiento sobre servicios médicos y dentales a la persona que llama. El siguiente día hábil, un miembro del personal llamará para hacer un seguimiento para programar una cita o abordar cualquier otra pregunta.

### **ATENCIÓN MÉDICA ECONÓMICA 760.365.9305**

**¡PROPORCIONAMOS ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAPACIDAD DE PAGO!** Aceptamos la mayoría de los seguros PPO, Medi-Cal, IEHP, Medicare y Tricare. Pregunte si califica para nuestro programa de tarifas de descuento. No se rechazará a ningún paciente por no poder pagar. Hay citas disponibles por la noche y algunos sábados.

**SERVICIOS DISPONIBLES:** atención primaria, pediatría, atención dental, quiropráctica, cuidado de heridas, salud conductual, manejo del dolor, clínica de hepatitis C y educación sobre diabetes.

### **CUIDADO DENTAL ECONÓMICO 760.820.9305**

**BRINDAMOS CUIDADO DENTAL ECONÓMICO PARA ADULTOS Y NIÑOS.** Se acepta Medi-Cal.

Las tarifas con descuento están disponibles para los pacientes según el tamaño del hogar y los ingresos. La atención se proporciona independientemente de la capacidad de pago. Llame a nuestra oficina en Twentynine Palms o Yucca Valley. Hay disponibilidad para algunas al final del día.

### **SERVICIOS DE TRANSPORTE LIFT 760.366.5438**

Llámenos o envíenos un correo electrónico para programar servicios de transporte **GRATUITOS** para su próxima cita médica o dental. Nuestra camioneta es apta para sillas de ruedas y nuestros conductores lo recogerán y lo regresarán a su hogar. El transporte de citas médicas **NO** se limita solo a las Clínicas del Centro de Salud Comunitario Morongo Basin.



MORONGO BASIN  
COMMUNITY HEALTH CENTER  
A SERVICE OF MORONGO BASIN HEALTHCARE DISTRICT