

Nombre del Paciente _____
Fecha de Nacimiento _____

de Expediente _____
de Cuenta _____



CONSENTIMIENTO DENTAL GENERAL DEL PACIENTE

Al Leer y firmar esta forma yo entiendo que ESPAÑOL es el idioma que yo entiendo y uso para comunicarme.

() 1. DROGAS, MEDICAMENTOS Y ANESTESIA:

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas, algunas de las cuales son, sin estar limitadas a ellas, rojez y hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos, mareos, abortos no provocados y paro cardíaco.

Entiendo que los medicamentos, drogas y anestésicos pueden causar somnolencia y pérdida de la coordinación, la cual puede ser incrementada por el uso del alcohol y otras drogas. Se me ha aconsejado que no consuma alcohol ni que opere ningún vehículo o aparato peligroso mientras estoy tomando medicinas y/o drogas, o hasta que me haya recuperado completamente de sus efectos (esto incluye un periodo de por lo menos veinticuatro horas después que se me de de alta de la cirugía)

Entiendo que ocasionalmente, al inyectarse un anestésico local, entumecimiento o ardor en los labios, puede que experimente en el área de la inyección una anestesia persistente y prolongada o irritación

Entiendo que si selecciono el uso de Oxido Nitroso, "Atarax," Hidrato de Cloral, "Zanax" o cualquier otro sedativo, existirían posibles riesgos que incluyen, pero no se limitan a la pérdida del conocimiento, la obstrucción de la vía respiratoria, choque anafiláctico, paro cardíaco. Entiendo que necesitare que alguien me lleve a casa de la oficina dental después que reciba los sedativos. También entiendo que alguien necesita cuidarme muy de cerca por un periodo de 8 a 10 horas, después de mi cita dental para observar los posibles efectos secundarios como la obstrucción de las vías respiratorias.

() 2. HIGIENE Y PERIODONCIA (PERDIDA DEL TEJIDO Y DEL HUESO)

Entiendo que el éxito a largo plazo del tratamiento y la condición de mi problema oral depende de mis esfuerzos en cuanto a la higiene oral adecuada (por ejemplo: lavarse los dientes y utilizar la seda dental) y el visitar regularmente al doctor.

PERIODONCIA: Entiendo que tengo una condición seria, la cual resulta en la inflamación de las encías y el hueso, y/o pérdida, la cual puede resultar en la pérdida de mis dientes y otras complicaciones. Se me han explicado varios planes de tratamiento, incluyendo la cirugía de las encías, reemplazos o extracciones. También entiendo que aunque estos tratamientos tienen una gran posibilidad de éxito, este no puede ser asegurado. Ocasionalmente, los dientes tratados podrían necesitar la extracción.

() 3. RESTAURACIONES:

Se me ha aconsejado de la necesidad de restauraciones ya sea de plata o compuestas (plasticas), para reemplazar la estructura dental que se ha perdido debido a la caries. Entiendo que al pasar el tiempo, las restauraciones necesitarán ser reemplazadas debido al desgaste del material. En casos donde permanezca muy poca estructura dental o donde la estructura dental existente se ha fracturado, yo podría necesitar recibir un tratamiento más extensivo (como lo es el tratamiento de nervio redicular, poste, y construcción de poste y coronas), lo cual necesitaría ser cobrado por separado.

Entiendo que la restauración de amalgama de plata es un procedimiento aceptable de acuerdo a la Asociación Dental Americana, y como tal, es un tratamiento utilizado por los dentistas de oficina. Se me han explicado las ventajas y desventajas

() 4. DENTADURAS-COMPLETAS O PARCIALES:

Los problemas de llevar dentaduras postizas me han sido explicados, incluyendo los aflojamientos, dolencias y la posible ruptura y rebasamiento debido al cambio de tejido. Las citas de seguimiento son una parte integral del mantenimiento y el éxito de un aparato protésico. Los puntos persistentes de dolor deben ser examinados inmediatamente por el médico.

Entiendo además que la intervención quirúrgica para la extracción (por ejemplo, torus/hueso, recontomear el hueso o implantes) podrían ser necesarios para ser adecuadamente ajustados. Entiendo además que debido a la pérdida del hueso o de otros factores que compliquen la situación, quizás nunca podré utilizar dentaduras a mi entera satisfacción.

() 5. DENTISTERIA DE NIÑOS:

Entiendo que los siguientes procedimientos se utilizan rutinariamente en esta oficina y que también son aceptados en la profesión dental.

- A. **REFUERZOS POSITIVOS:** Se premia al niño que exhiba un comportamiento deseable utilizando alabanzas, dándole una palmadita o abrazo o a regalitos o juguetes.
- B. **CONTROL DE LA VOZ:** El doctor cambia el tono de voz o aumenta el volumen de la voz para lograr la atención de un niño que desorganiza e interrumpe.
- C. **RESTRICCIÓN FÍSICA:** Es el restringir los movimientos del niño destinados a desorganizar e interrumpir aguantado sus manos, por la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas, utilizándose la mano o el brazo del dentista o del asistente, o por la utilización de un aparato especial (llamado la "latabla de papoose").

D. OXIDO NITROSO Y/O SEDACION ORAL: El oxido nitroso es un gas suave que se mezcla con oxígeno y se utiliza para sedar a una persona. Se administra a través de una máscara colocada sobre la nariz del niño. Las sedaciones orales son medicamentos administrados a los niños para ayudarlos a relajarse. Con su utilización, el padre o tutor debe entender que el niño no debe comer o tomar por un periodo de cuatro horas previas a la cita para la sedación. El padre o tutor debe estar disponible para acompañar al niño a casa después del procedimiento de sedación y observar su comportamiento a través del día.

Entiendo que con la utilización de la inyección, utilizada para adormecer el diente para el procedimiento dental, existe la posibilidad de que el niño sin darse cuenta se muerda el labio causando una lesión.

Entiendo la necesidad de volver a la oficina, para que el niño sea evaluado, si no desaparece en él la hinchazón o el dolor, después de un periodo suficiente de tiempo.

Entiendo que existe la necesidad de volver a la oficina en un periodo de tres meses después del tratamiento a los nervios de un “diente de bebé” para una evaluación y la posibilidad de que se necesite una extracción..

Yo comprendo que el expediente mío y cualquier archivo mantenido durante mi tratamiento con Clínica de Salud del Valle de Salinas, estará sujeto a la inspección por oficiales del estado, aseguradoras, clínicas, y otras agencias, tendrán el derecho de acceso a los datos del paciente acumulados bajo los términos en sus contratos con Clínica de Salud del Valle de Salinas. Estos datos serán sometidos para las auditorías fiscales y del programa y no estarán publicados de ninguna manera, la cual resultaría en la identificación de cualquier individuo.

Entiendo que, bajo el Acto de la Portabilidad y de la Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos al aislamiento con respecto a mi información protegida de salud, yo entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- La conducta, planificación y dirección de mi tratamiento entre los proveedores múltiples del centro de salud que pueden estar implicados en ese tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de pagadores de tercera persona.
- Conducir las operaciones normales del centro de salud tales como evaluaciones de la calidad y certificaciones del médico.

He recibido, leído y entiendo su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que puedo entrar en contacto con esta organización en cualquier momento en la dirección anotada arriba para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo mi información privada es utilizada o se divulga para realizar el tratamiento, el pago u operaciones del cuidado médico. También entiendo que no están requeridos para convenir con mis restricciones solicitadas, pero si usted entonces conviene usted esta limitado para cumplir con tales restricciones.

ENTIENDO QUE NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTIA O SEGURIDAD QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERA CURATIVO O EXITOSO A MI ENTERA SATISFACCION. CONVENGO EN COOPERAR COMPLETAMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY BAJO SU CUIDADO, ENTIENDIENDO QUE EL DEJAR DE HACERLO PODRIA RESULTAR EN RESULTADOS POR DEBAJO DE LO OPTIMO.

CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y ENTENDER COMPLETAMENTE LOS TERMINOS Y PALABRAS CONTENIDAS EN LA PRESENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA OPERACIÓN Y A LAS EXPLICACIONES REFERIDAS O HECHAS. SE ME HA ANIMADO A PREGUNTAR, Y QUE ME CONTESTEN A MI ENTERA SATISFACCION.

ENTIENDO QUE ESTOS SERVICIOS DENTALES SON PROPORCIONADOS SIN DISCRIMINACION BASADA EN LA RAZA, RELIGION, COLOR, NACIONALIDAD, SEXO, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL, EDAD O ESTADO CIVIL Y PROTEGE LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES.

Firma: _____
Paciente o Representate Legal

Relación: _____ Fecha: ____/____/____

Doctor: _____ Testigo: _____

CLINICA DE SALUD DEL VALLE DE SALINAS

Información del Paciente

Fecha _____

MRN: _____

Account #: _____

Lenguaje Preferido: Español Ingles Otro _____

¿Tiene alguna barrera con el idioma? Si No

Lugar de Nacimiento: _____

Apellido(s)		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono / Celular	
Grupo Étnico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Anglo Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____		Correo Electrónico (email)		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Identidad de Género <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> De Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans <input type="checkbox"/> De Hombre a Mujer/Mujer Transgénero/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Elige no divulgar <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____			
Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Elige no divulgar		<input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Heterosexual			
Domicilio Numero y Calle		Ciudad	Estado	Código Postal	
Compañía de Trabajo		Teléfono de Trabajo		Ocupación	
En caso de emergencia contactar a: (Nombre completo de persona con quien podamos hablar en caso de emergencia)				Teléfono de Emergencia	

Persona Responsable

Información de la Persona Quien Toma la Responsabilidad Financiera (Padre de familia si el paciente es menor de 18 años)

Si no es el mismo de arriba

Apellido		Primer Nombre		Inicial Materno	
Fecha de Nacimiento		Numero de Seguro Social		Teléfono	# de Dependientes
Compañía de Trabajo		Ocupación			

Información de Seguro (Aseguranza) Medico

Por favor proveer su tarjeta de seguro medico al personal para tomar una copia

Nombre de la Compañía		# de Póliza	# de Grupo	Relación al Paciente	
Domicilio de la Compañía			Subscribidor		
Ciudad		Estado	Código Postal		Teléfono

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE:

Monthly Salary _____ Do you work all year: yes no If No, Months not Worked: _____

How do you support your family when not working? _____

How was income information verified? Income Tax Statement Check Stubs (Previous 6 months)

Patient's Migrant Status: Migrant Seasonal NOT Farm Worker

Patient's Homeless Status: Not Homeless Doubling up Shelter Street Transitional Unknown/Unreported

Category: Private INS SOFP IM Medi-Cal
 EAPC BCCP H.F. MO MM CCA

For office use Only: Patient information updated on EPM including scanning of Insurance information

Date/ Initial this form when completed

Date Completed: _____ Initials: _____

HISTORIA DE SALUD PEDIATRA

Patient Name: _____ DOB: _____ Gender: _____

HISTORIA MEDICA

1. Esta su hijo/a ahora bajo atencion medica? Si No

Nombre del Medico : _____ Numero de Telefono: _____

Condition: _____ Si No

2. Esta tomando su hijo/a algun medicamento? Indique cuales:

3. Su hijo/a fuma? Si No

4. Su hijo/a toma bebidas alcoholicas?

5. Usa su hijo/a drogas ilicitas (amphetamine, cocaine, etc)?

6. Es su hijo/a alergico/a o ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos?

Anestesia local Penicilina Yodo Drogas con sulfas Aspirina Codeina u otros narcoticos Latex/hule

Otro: _____ Si No

7. Tiene su hijo/a cadera o coyuntura prostica o implantes metalicos?

8. Ha tenido su hijo/a history de cancer oral?

9. Tiene o ha tenido su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

- | | | |
|--|--|--|
| A. Condiciones del corazon Si No
<input type="radio"/> <input type="radio"/> | E. Alergia Temporales Si No
<input type="radio"/> <input type="radio"/> | K. VIH/ SIDA Si No
<input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| B. Alta presion arterial <input type="radio"/> <input type="radio"/> | F. Desmayos, sudores o ataques-Epilepsia <input type="radio"/> <input type="radio"/> | L. Ulceras estomacales <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 1. Dolor en el pecho cuando hace algun esfuerzo <input type="radio"/> <input type="radio"/> | G. Diabetes (Tipo I o II) <input type="radio"/> <input type="radio"/> | M. Enfermedad del rinon <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| 2. Tiene marcapasos cardiaco <input type="radio"/> <input type="radio"/> | H. Malestar bilios, hepatitis o enfermedad del higado <input type="radio"/> <input type="radio"/> | N. Tuberculosis <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| C. Problema de sinusitis <input type="radio"/> <input type="radio"/> | I. Anemia <input type="radio"/> <input type="radio"/> | O. Desorden Iperactivo <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| D. Asma <input type="radio"/> <input type="radio"/> | J. Artritis <input type="radio"/> <input type="radio"/> | P. Desorden De Deficencia de Atencion <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

HISTORIA DENTAL

1. Ha sangrado su hijo/a anormalmente, durante una extraccion dental, cirugia o trauma? Si No

2. Ha tenido cirugia o rayos-X para tratar algun tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal o labial?

3. Ha tenido su hijo/a problemas serios asociados con tratamiento dental?

4. Cuantas veces al dia cepilla los dientes de su hijo/a? Una vez Dos veces Tres veces Si No

5. Usa hilo dental?

6. Le sangran o le duelen sus encias?

7. Son sus dientes sensibles : Caliente Frio Dulce Presion Si No

8. Retiene comida en sus dientes?

9. Aprieta a rechina sus dientes?

10. Ha tenido algun dolor en los musculos de la cara o alrededor de los oidos?

11. Suena o cruje su quijada?

HABITOS ORALES

Se chupa del dedo Respira por su boca Empuja la lengua contra los dientes frontales Rechina los dientes Chupa Limon/ Lima/ Naranja

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas que he presentado son verdaderas y correctas. Si hay algun cambio en la salud o en los medicamentos de mi hijo(a)yo, sin falta, informare al doctor en la siguiente consulta.

Guardian del Paciente: _____

Fecha: _____

Doctor: _____

Fecha: _____

DDS COMMENTS:

ASA I II III IV

Medical Clearance Request Yes No



Responsabilidades del Paciente

1. **Proveer Información** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben proporcionar, al mejor de su conocimiento, información exacta y completa sobre las actuales quejas, pasadas enfermedades, cualquier hospitalización, medicamentos, y otras materias referentes a su salud. Los pacientes y sus familias deben divulgar los riesgos percibidos en su cuidado y los cambios inesperados en su condición/salud. Pueden ayudar a la organización para entender su ambiente al dar sus ideas acerca de las necesidades y expectativas del servicio.
2. **Hacer Preguntas** - los pacientes y las familias, como apropiadas, deben hacer preguntas cuando no entienden su cuidado, tratamiento, y servicio o que es lo que deben hacer.
3. **Siguiendo Instrucciones** - los pacientes y sus familias deben seguir el plan del cuidado, del tratamiento y del servicio desarrollado. Deben expresar cualquier preocupación sobre su capacidad de seguir el plan de cuidado propuesto o curso del cuidado, tratamiento, y servicios. La organización hace cada esfuerzo de adaptar el plan a las necesidades y a las limitaciones específicas de los pacientes. Cuando tales adaptaciones al cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio no se recomiendan, los pacientes y sus familias son informadas de las consecuencias del cuidado, tratamiento, y mantener las alternativas al no seguir el curso propuesto.
4. **El aceptar Consecuencias** - los pacientes y sus familias son responsables de los resultados si no siguen el cuidado, el tratamiento, y el plan del servicio.
5. **Siguiendo Reglas y Regulaciones** - los pacientes y sus familias deberán seguir las reglas y regulaciones de la organización.
6. **Demstrar Respeto y Consideración** - los pacientes y sus familias deben ser considerados del personal y de la propiedad de la organización, como también de otros pacientes y sus propiedades.
7. **Cumplir Requisitos Financieros** - pacientes y sus familias deben resolver puntualmente cualquier obligación financiera convenido con la organización.

Yo entiendo que Clínica de Salud va a proveer servicios de acuerdo con las condiciones de mi seguro medico/dental. Si la compañía de seguros no puede verificar mis beneficios o no paga los servicios por alguna razón, acepto la responsabilidad de pagar las cuotas de CSVS personalmente.

Firma del Paciente o Padre/ Madre/ Guardian

Nombre (Letra de Molde)

Fecha de nacimiento

Fecha

Numero de Expediente

Revised 1/2018

Form#HA1150