

OFFICE USE:

CHART NUMBER _____

STAFF INITIALS _____

TODAY'S DATE _____



Bienvenidos a Dientes

Quiénes somos: Dientes es una organización privada sin fin de lucro. No somos una clínica gubernamental ni somos propiedad de un dentista particular. Una junta directiva compuesta por voluntarios es responsable por la operación y el financiamiento de la clínica.

Nuestra misión: Crear salud oral duradera para los niños y adultos del Condado de Santa Cruz y las comunidades vecinas que generalmente no reciben atención dental.

Quiénes son elegibles para los servicios de Dientes:

- Las personas que tienen seguros públicos tales como Medi/Denti-Cal o Healthy Kids.
- Las personas remitidas por programas especiales, como Homeless Persons Health Project (Programa de Salud para Personas Indigentes), E.I.S, etc.
- Las personas con escasos recursos. Definimos de escasos recursos a las personas cuyo ingreso no es más de lo doble del Nivel federal de pobreza. Necesitaremos comprobar el ingreso con documentos tales como la declaración de impuestos sobre la renta, talones de cheque, cheque de desempleo, determinación de discapacidad o cheque de seguro social. Comprobante de ingresos, será requerido cada Enero y Julio.
- Personas con seguro dental privado NO pueden ser pacientes de Dientes.

Qué hacemos: Brindamos servicios dentales básicos tales como: exámenes, rayos x, limpiezas, tratamientos de fluoruro, empastes, coronas, dentaduras, algunos conductos radiculares y tratamiento de urgencias. No proveemos: ortodoncia, cirugía de las encías, extracciones y conductos radiculares complejos u odontología cosmética. Para estos procedimientos se le referirá a especialistas.

Proveedores de nivel medio: Utilizamos proveedores de nivel medio como RDA-EFs e higienistas que están entrenados y licenciados. Como paciente de Dientes, necesita saber que algunas partes de su tratamiento pueden ser realizadas por proveedores de nivel medio.

Condiciones de pago: Nuestra póliza de pago es que se deberá pagar al recibir la atención dental. Nuestras escalas de ingresos son sujeto a cambiar cada año.

Nuestra póliza de citas: Atendemos a los pacientes con cita previa, de la misma manera que otros despachos privados.

- No se permite que los niños acompañen a los padres/adultos a la cita.
- Requerimos que se llegue a tiempo, a lo menos 10 minutos antes
- Intentaremos hacerle una llamada de cortesía para recordarle su cita, Pero **Es la responsabilidad del paciente confirmar su cita no mas tardar de las 12:30pm el día antes de su cita. CITAS EN LUNES, TIENE QUE CONFIRMAR PARA EL SABADO NO MAS TARDAR DE LAS 12:30PM. (Citas en Watsonville tiene que confirmar los Viernes)**
- Puede confirmar la cita durante horas de oficina o dejar un mensaje en nuestro correo de voz en funcionamiento las 24 horas del día.
- **Si no confirma la cita, esta en riesgo que sea cancelada.**

Si falta a 2 citas programadas (si no llega a la cita o no nos da aviso suficiente de 24horas o mas) será puesto en probacion por un plazo de un año. Si falta a otra cita durante su probación, será despedido de la clínica.

Si tiene una emergencia dental cuando estemos cerrados, por favor visite a la clínica de urgencias o sala de emergencias más cercana a usted.

Respeto mutuo: Estamos dedicados a proveerle odontología de alta calidad de una manera profesional, cortés y respetuosa. Esperamos que usted brinde la misma cortesía y respeto a nuestros empleados. **Si no cumple con estas normas, tenemos el derecho de negar servicios a cualquier paciente. Si tiene alguna preocupación acerca de su tratamiento dental, puede presentar tal preocupación por escrito y se lidiara con ésta como sea pertinente. También tenemos una encuesta de satisfacción del paciente para que nos otorgue sus comentarios.**

He leído esta hoja y entiendo cómo opera la clínica Dientes.

X _____

Firma del paciente (Si el paciente es menor de 18años, padre/guardian firma)

_____ Fecha

Los beneficios de una sonrisa son incontables! Ayudarle a mantener la mejor salud oral es nuestra misión.
 Poe favor de llenar los formularios completamente. Al comunicarnos mejor le brindamos una mejor ayuda.

Información Personal

Nombre: _____
 Apellido Nombre Segundo

Domicilio _____
 Ciudad

Ciudad Estado Codigo Postal

Teléfono de casa Teléfono Celular

Número (#) de teléfono para dejar mensaje

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento

Correo electronico _____
 (Ciudad Estado)

De Seguro Social Hombre Mujer

de Licencia Conducir: _____

Información de Seguro

*Por favor proporcione su tarjeta de seguro y copia de Id
 El pago se espera al momento del servicio

Denti-Cal ID#: _____

EIP Homeless Project

Otro _____ Efectivo

Autorizo a Dientes que revele mi información a...

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia, llamar a?

Nombre Parentesco

 Teléfono

La siguiente información es opcional. Dientes Community Dental Care es una organización sin fines de lucro. La siguiente información se nos pide recopilar para fines de distintas subvenciones que nos permiten seguir prestando atención dental de calidad a precios bajos. Agradecemos su cooperación para contestar las preguntas siguientes.

Empleo

Si tiene duda, pregunte a la recepcionista.

Empleador: _____

Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante Trabajador del campo

Tipo de Vivienda

Rento Solo Rento cuarto de Hotel Me quedo con familiares o amigos 6 meses o menos
 Casa Propia Me quedo en un refugio o programa Participo en programa de Vivienda transitoria
 Rento con otras personas Asilo Sin hogar

Raza

Caucasico Hawaiano Nativo
 Hispano o Latino Islas del Pacifico
 Africano Americano Multi Racial
 Asiatico Otro
 Indigeno Americano/
 Nativo de Alaska Se nego a especificar

Veterano

Yes Hispano/Latino
 No No Hispano
 Se nego a especificar

Etnicidad

Orientación Sexual

Homosexual o Lesbiana Otro
 Heterosexual No se
 Bisexual Se nego a especificar

Identidad de Género

Masculino
 Femenino
 Transgénero Hombre/Mujer-a-Hombre
 Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer

EXPEDIENTE MEDICO CONFIDENCIAL

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

I. CIRCULE LA RESPUESTA PERTINENTE (No conteste si no entiende la pregunta)

- | | | | |
|---|----|----|--|
| 1 | Si | No | ¿Está bien su salud general?
Si es NO, explique _____ |
| 2 | Si | No | ¿Ha habido un cambio en su salud durante el año pasado?
Si es SI, explique _____ |
| 3 | Si | No | ¿Ha ido al hospital o al la sala de emergencia o sufrido una enfermedad grave en los últimos tres años?
Si es SI, explique _____ |
| 4 | Si | No | ¿Ahora está bajo tratamiento de un médico? Si es SI, explique _____
¿Fecha de su último examen médico? _____ Razón por el examen _____ |
| 5 | Si | No | ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
Si es SI, explique _____
¿Fecha de su último examen dental? _____ Nombre del último dentista que le atendió _____ |
| 6 | Si | No | ¿Está padeciendo algún dolor ahora?
Si es SI, explique _____ |

II. ¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LAS AFECCIONES SIGUIENTES? (Por favor circule)

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|
| Dolor del pecho (Angina) | Sangre en el excrementos | Vomito frecuente |
| Mareos | Ocerocoa | Dificultad al tragar |
| Reciente baja de peso significativa | Orina frecuente | Boca seca |
| Fiebre | Dificultad al orinar | Sed excesiva |
| Sudores nocturnos | Le zumban los oídos | Tobillos hinchados |
| Tos persistente | Dolores de cabeza | Dolor o rigidez de las coyunturas |
| Tose sangre | Sensación de mareos | Falta de aliento |
| Problemas de sangrar | Vista borrosa | Problemas de sinusitis |
| Sangre en la orina | Se le hace moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> NINGUNO |

III. ¿PADECE O HA PADECIDO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES? (Por favor circule)

- | | | |
|--|---|--|
| Enfermedades transmitidas sexualmente | SIDA/VIH | Atención siquiátrica |
| Historial familiar de enfermedad cardíaca | Cirugia | Osteoporosis |
| Ataque cardíaco | Hospitalización | Enfermedad de tiroides |
| Coyuntura artificial | Diabetes | Asma |
| Problemas estomacales o ulceras | Historia familiar de diabetes | Hepatitis |
| Defectos del corazón | Tumores o cáncer | Enfermedad cardiaca |
| Soplo cardíaco | Quimioterapia | Herpes |
| Fiebre reumática | Radiación | Úlceras o juegos en la boca |
| Enfermedad de la piel | Artritis, reumatismo | Anemia |
| Endurecimiento de las arterias | Enfisema u otras enfermedades de los pulmones | |
| Enfermedad del hígado | Alta presión sanguínea | Enfermedad del riñón o vejiga |
| Enfermedad de los ojos | Ataques | Derrame cerebral |
| Transplante de órganos | Cirugia cosmética | Trastornos alimenticios |
| <i>Tuberculosis:</i> ¿Está todavía activa? _____ | ¿Está bajo tratamiento? _____ | ¿Recibió tratamiento en el pasado? _____ |
| | | <input type="checkbox"/> NINGUNO |

IV. ¿ES ALÉRGICO(A) O HA TENIDO ALGUNA RECCIÓN A ALGUNA DE LA SIGUIENTE MEDICINA? (Por favor circule)

- | | | |
|---|--------------|--------------|
| Aspirina | Valium | Tetraciclina |
| Darvon | Demerol | Vicodin |
| Codeine | Penicilina | Percodan |
| Anestésico oral (Novacaine o Lidocaine) | Látex | Comida |
| Oxido nitroso | Erythromycin | Metal |
| Otros: _____ | | |

Continuó →

EXPEDIENTE MEDICO CONFIDENCIAL

V. ¿ESTÁ TOMANDO O HA TOMADO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTES EN LOS TRES MESES? Por favor circule)

Drogas recreativas	Tabaco en cualquier forma	Antibióticos
Medicinas que no necesitan receta	Alcohol	Complementos
Medicina para bajar de peso	Bifosnatos (Fosamax)	Aspirina
Antigregante(adelgazar la sangre)	Digitales	Nitroglicerina

Por favor explique: _____

VI. SÓLO MUJERES (Marque si o no)

Si No ¿Podría estar embarazada?
Si sí, ¿qué mes? _____

Si No ¿Está amamantando?

Si No ¿Está usando anticonceptivos orales (pastillas)?
(Es importante que entienda que los anticonceptivos {y algunos otro medicamentos} pueden interferir con la eficacia de los anticonceptivos orales. Por tanto, necesitará usar otro métodos de natalidad por un periodo completo de pastillas anticonceptivas, después que haya terminado con el uso de antibióticos u otros medicamentos. Por favor consulte su médico para orientación adicional.

VII. TODOS LOS PACIENTES (marque si o no)

Si No ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o problemas médicas que NO estan enumeradas en este formulario? Si SI, explique: _____

Si No ¿Ha alguna vez ha recibido medicamento antes de recibir tratamiento dental??
Si SI, ¿por que?: _____

Si No ¿Ha alguna vez ha tomado Fen-phen? Si SI, ¿cuándo?: _____

Si No ¿Tiene algún problema o afección que le gustaria discutir con su dentista en privado?

La práctica dental implica el tratamiento de toda la persona. Si el dentista decide que existe la posibilidad de una situación médica pudiera ser peligrosa puede necesitar consulta médica antes del inicio del tratamiento dental.

Autorizo al dentista a comunicarse con mi médico.

Firma del paciente: _____ Fecha _____

Nombre del médico _____ Núm de teléfono _____

Certifico que he leído y entiendo este formulario. A mi leal saber, he contestado todas las preguntas en su totalidad y correctamente. Le informaré a mi dentista si hay algun cambio en mi salud o medicamentos. Además, no responsabilizaré a mi dentista, o a ningun otro miembro de su personal, por cualquier error u omisión que you pudiera hacer all llenar este formulario

Firma del paciente(Padre o tutor)

Fecha

Firma del dentista

Fecha



- **Aviso sobre las practicas de privacidad**

Yo, _____ he recibido una copia de
Aviso sobre las prácticas de privacidad.

Firma del paciente

Fecha

- **El reconocimiento del recibo de la nota de materiales dentales.**

Yo, _____, reconozco que he
recibido una copia de los materials dentales.

Firma del paciente

Fecha

- **Fotos consentimiento:**

Yo, por lo tanto autorizo y doy mi consentimiento completo a La Clínica Dental de la Comunidad Dientes a fotografiar/tomar video de mi niño o de mi mismo y tener derecho de autor, reproducir y publicar esas imágenes fotográficas para cualquier y toda publicación, exposiciones, y publicidad, sin limitación o reservación o cualquier otra compensación que se reconoce en este medio.

SI acepto

NO acepto

Firma del paciente

Fecha



1830 Commercial Way
Santa Cruz, CA 95065
Phone 831/464-5409
www.dientes.org

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Numero de Teléfono _____

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que los profesionales de reputación no pueden garantizar resultados. Yo reconozco que no se ha hecho garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable de la atención odontológica que me ha prestado. Por la presente autorizo a cualquier médico o auxiliares de odontología de Dientes Clínica Dental de la Comunidad a proceder y realizar las restauraciones dentales y tratamientos como me explicó. Entiendo que esto es sólo una estimación y está sujeto a modificaciones dependiendo de las circunstancias imprevistas o no diagnosticable que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Entiendo que, independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que pueda tener, yo soy responsable por el pago de los honorarios dentales.

En caso de surgir cualquier disputa sobre el servicio dental proveído, es decir, si cualquier servicio dental es considerado como innecesario, no autorizado o fue inadecuado, negligente o incompetente a cabo, dicha disputa será sometida a Dental Advisory Commitee. La decisión de Revisión será vinculante para ambas partes. He leído, entendido y estoy de acuerdo con lo anterior. Estoy de acuerdo que una fotocopia de esta autorización será válida y eficaz como el original siempre. Soy mayor de edad y legalmente competente para hacer esta tarea.

Permiso concedido para la revisión de registros médicos.

Firma de paciente o guardiante: _____

Fecha: _____