



Bienvenidos a Dientes en Commercial Way

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.
- 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:

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 y requerimos que se llegue a tiempo, a lo menos 10 minutos antes.
- **Es la responsabilidad del paciente confirmar su cita no mas tardar de las 12:30pm el dia antes de su cita. Citas en lunes, tiene que confirmar para el sabado previo no mas tardar de las 12:30pm.**
- Intentaremos hacerle una llamada de cortesía para recordarle su cita, pero 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 24 horas 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.**
- No se permite que los niños acompañen a los padres/adultos a la cita.

Fuera de Horas:

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.

Si el paciente es menor de 18 años, padre o guardian necesita firmar

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

Firma

Fecha

Bienvenidos A Dientes

¡Los beneficios de una sonrisa son incontables! Ayudarle a mantener la mejor salud oral es nuestra misión.

Por favor de llenar los formularios completamente. Al comunicarnos mejor le brindamos una mejor ayuda.

Información Personal

Nombre: _____ Hombre Mujer
Apellido **Nombre** **Segundo**

Domicilio: _____

Ciudad **Estado** **Código Postal** **Correo electrónico**

Teléfono de casa **Teléfono Celular** **Permiso para dejar mensaje detallado?** Sí No

Fecha de nacimiento **# De Seguro Social** **Farmacia Preferida y ubicación**

Contacto de Emergencia

¿En caso de emergencia, llamar a?

Nombre **Teléfono** **Parentesco**

Información de Seguro

Por favor proporcione su tarjeta de Seguro y copia de ID. El pago se espera al momento del servicio.

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

Empleador: _____
 Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante Trabajador del campo

Tipo de Vivienda

- Rento Solo
- Casa propia
- Rento con otras personas
- Rento cuarto de Hotel
- Me quedo en un refugio o programa
- Asilo de ancianos
- Me quedo con familiares/amigos 6mes más
- Participo en programa Vivienda transitoria
- Sin Hogar

Raza

- Caucásico
- Hispano o Latino
- Africano Americano
- Asiático
- Indígena Americano
- Hawaiano Nativo
- Islas de Pacifico
- Multi Racial
- Otro
- Se negó especificar

Veterano

- Si
- No
- Se negó especificar

Etnicidad

- Hispano/Latino
- No Hispano
- Se negó especificar

Orientación Sexual

- Homosexual o Lesbiana
- Heterosexual
- Bisexual
- Otro
- No Se
- Se negó especificar

Identidad de Genero

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

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

1. Si No ¿Está bien en su salud general?
Si es NO, explique: _____

2. Si No ¿Ha ido al hospital o a la sala de emergencia o sufrido una enfermedad grave?
Si es si explique: _____

3. Si No ¿Ahora este bajo tratamiento de un médico?
Si es si, explique: _____

Fecha de su último examen médico y razón: _____

II. POR FAVOR DE MARCAR LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN A USTED O EL PACIENTE:

- | | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TDA/TDAH | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la articulación | <input type="checkbox"/> Trastorno alimentario |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Embolia, aneurisma |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Trastorno endocrino |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Desorden metabólico | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> De Asperger | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos | <input type="checkbox"/> Síndrome de dolor regional |
| <input type="checkbox"/> Vivienda asistida | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Trastorno sensorial |
| <input type="checkbox"/> Autismo en espectro | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> Condición de la piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Problema de espalda y cuello | <input type="checkbox"/> Bruxism/ bruxismo | <input type="checkbox"/> Uso de esteroides |
| <input type="checkbox"/> Equilibrio/ coordinación | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas de estomago |
| <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral, Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Cirugía: _____
Cual: _____ Fecha: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho, angina | <input type="checkbox"/> Terapia (física, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado | <input type="checkbox"/> Desorden del cromosoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ciego/ cerca de ciego | <input type="checkbox"/> Dificultades cognitivas | <input type="checkbox"/> TMJ/ TMD |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de medula ósea | <input type="checkbox"/> Problemas respiratoria EPOC | <input type="checkbox"/> Amigadles eliminadas |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral (traumática) | <input type="checkbox"/> Audición de sordos | <input type="checkbox"/> Neuralgia del trigémino |
| <input type="checkbox"/> Moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Reflujo acido/ GERD | <input type="checkbox"/> Trastorno del desarrollo | <input type="checkbox"/> Tumores (cáncer) |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Ulcera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Vértigo/ mareos |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de valvular del corazón | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas: |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, o C | <input type="checkbox"/> Dificultad para deglutir | <input type="checkbox"/> Puede transferir |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Dificultad de apertura amplia | <input type="checkbox"/> No puede transferir |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Problemas digestivos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sequedad en la boca | |

¿Hay algún problema o condición que le gustaría discutir con el dentista en privado? Yes No

III. ES ALERGICO (A) O HA TENIDO ALGUNA RECCION A ALGUNA DE LA SIGUIENTE MEDICINA?

- | | | |
|------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Valium | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Dardón | <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> Comida |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Metal |
| <input type="checkbox"/> Anestésico oral | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> No se alergias a medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Percudan | <input type="checkbox"/> Erythromycin | |

Si está marcada la casilla o tiene otras alergias que no figuran en la lista, explique: _____

IV: ¿ESTA TOMANDO O HA TOMADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EN LOS TRES MESES?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Tabaco en cualquier forma | <input type="checkbox"/> Complementos |
| <input type="checkbox"/> Medicinas que no necesitan receta | <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Medicina para bajar de peso | <input type="checkbox"/> Difosfatos (Fosamax) | <input type="checkbox"/> Nitroglicerina |
| <input type="checkbox"/> Antiagregante (adelgazar de sangre) | <input type="checkbox"/> Digitales | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| | <input type="checkbox"/> Antibióticos | |

¿Eh tomado Fen-phen? Si Cuando: _____

Medicamentos actuales: _____

V. SOLO MUJERES (Marque sí o no)

¿Podría estar embarazada? Si No

Si si, ¿qué mes? _____

¿Está amamantando? Si No

¿Está usando anticonceptivos orales? Si No

Es importante que entienda que los anticonceptivos pueden interferir con (y algunos otros medicamentos) la eficacia de los anticonceptivos orales. Por tanto, necesitara usar otros métodos de control de natalidad por un periodo complete de pastillas anticonceptivas, después que haya terminado con el uso de antibióticos y otros medicamentos. Por favor consulte su médico para orientación adicional.

VI. Preguntas de salud bucal:

¿Cuál es el propósito de la visita de hoy? _____

¿Como te sientes acerca de tu visita de hoy? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista y dónde? _____

¿Alguna vez ha tenido dificultades durante el tratamiento dental? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

¿Tienes ansiedad dental? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

¿Cuáles son los objetivos que tiene para buscar tratamiento dental? (Aliviar el dolor, mantener los dientes, guardar los dientes, extraer los dientes dañados, etc.)

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

Autorizo al dentista comunicarse con mi médico:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Fecha: _____

Certifico que he leído y entiendo este formulario. A mi leal saber, he contestado todas las preguntas en su totalidad y correctamente. Le informare a mi dentista si hay algún cambio en mi salud o medicamentos. Además, no responsabilizare a mi dentista, o ningún otro miembro de su personal, por cualquier error y omisión que pudiera hacen en llenar este formulario.

IV: ¿ESTA TOMANDO O HA TOMADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EN LOS TRES MESES?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Tabaco en cualquier forma | <input type="checkbox"/> Complementos |
| <input type="checkbox"/> Medicinas que no necesitan receta | <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Medicina para bajar de peso | <input type="checkbox"/> Difosfatos (Fosamax) | <input type="checkbox"/> Nitroglicerina |
| <input type="checkbox"/> Antiagregante (adelgazar de sangre) | <input type="checkbox"/> Digitales | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| | <input type="checkbox"/> Antibióticos | |

¿Eh tomado Fen-phen? Si Cuando: _____

Medicamentos actuales: _____

V. SOLO MUJERES (Marque sí o no)

¿Podría estar embarazada? Si No

Si si, ¿qué mes? _____

¿Está amamantando? Si No

¿Está usando anticonceptivos orales? Si No

Es importante que entienda que los anticonceptivos pueden interferir con (y algunos otros medicamentos) la eficacia de los anticonceptivos orales. Por tanto, necesitara usar otros métodos de control de natalidad por un periodo complete de pastillas anticonceptivas, después que haya terminado con el uso de antibióticos y otros medicamentos. Por favor consulte su médico para orientación adicional.

VI. Preguntas de salud bucal:

¿Cuál es el propósito de la visita de hoy? _____

¿Como te sientes acerca de tu visita de hoy? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista y dónde? _____

¿Alguna vez ha tenido dificultades durante el tratamiento dental? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

¿Tienes ansiedad dental? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

¿Cuáles son los objetivos que tiene para buscar tratamiento dental? (Aliviar el dolor, mantener los dientes, guardar los dientes, extraer los dientes dañados, etc.)

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

Autorizo al dentista comunicarse con mi médico:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Fecha: _____

Certifico que he leído y entiendo este formulario. A mi leal saber, he contestado todas las preguntas en su totalidad y correctamente. Le informare a mi dentista si hay algún cambio en mi salud o medicamentos. Además, no responsabilizare a mi dentista, o ningún otro miembro de su personal, por cualquier error y omisión que pudiera hacen en llenar este formulario.



- **Aviso sobre las practicas de privacidad**

Yo, _____ reconozco que he recibido la oportunidad de leer o obtener una copia de Aviso sobre las prácticas de privacidad.

Firma

Fecha

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

Yo, _____, reconozco que he recibido la oportunidad de leer o obtener una copia de los Materiales Dentales.

Firma

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

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

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 _____

Fecha: _____
