



dientes

COMMUNITY DENTAL CARE

BIENVENIDOS A DIENTES EN CAPITOLA ROAD

Quienes somos y nuestra misión:

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

Quienes 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 mas de lo doble del nivel federal de pobreza. Necesitaremos comprobar el ingreso con documentos tales como la declaración de impuestos sobre la renta, tolines 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.**

Que 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 y odontología cosmética. Para estos procedimientos se les referirá a especialistas.

Proveedores de nivel medio:

Utilizamos proveedores de nivel medio como RDA-EFs y 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.

Traslados de ubicación:

En este momento no hay disponibilidad para transferir a otra ubicación de Dientes. Si hay un servicio que una determinada ubicación no puede proporcionar, le referiremos a otra ubicación **solo para esa cita.**

Condiciones de Pago:

Cualquier tarifa se deberá pagar antes de recibir la atención dental. Nuestras escalas de ingresos son sujeto a cambiar cada año.

Emergencias después de horas de servicios:

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

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 o cancelar su cita no más tardar de las 12:30pm el día antes de su cita. Citas el lunes, tiene que confirmar o cancelar para el viernes previo no más 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, está 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 más) será puesto en probación 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.**

Respeto mutuo:

Estamos dedicados a proveerle odontología de alta calidad de una manera profesional, cortes 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.**

Una firma debajo indica que he leído y entiendo esta información sobre las pólizas de la clínica en Dientes en Capitola Road

Firma del Paciente

Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.

INFORMACIÓN PERSONAL Y DATOS DEMOGRAFICOS

¡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.

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido

Nombre preferido: _____

Pronombres que usa (circule uno): ella el elle/elles Otro: _____

Fecha de Nacimiento: _____(MM/DD/AA) Numero de Seguro Social: _____

Domicilio: _____

Ciudad Estado Código Postal Correo electrónico

Teléfono de casa Teléfono celular ¿Permiso para dejar mensaje detallado? Si No

Idioma preferido: _____ Farmacia preferida: _____

Contacto de Emergencia

¿En caso de emergencia, llamar a?

Nombre Teléfono Parentesco

Es paciente de la clínica Santa Cruz Community Health Center? SI NO

Dientes Community Dental Care es una organización sin fines de lucro. Se nos pide que reportemos la demografía de los pacientes para las subvenciones, que nos permiten continuar proporcionando atención dental de bajo costo de calidad y bajo costo. Agradecemos su disposición a responder a las siguientes preguntas. Por favor déjenos saber si tiene alguna pregunta.

Empleo

Empleador: _____
 Desempleado Jubilado Discapacitado Estudiante Trabajador del campo

Tipo de Vivienda

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

Raza

Caucásico Hawaiano Nativo
 Hispano o Latino Islas de Pacifico
 Africano Americano Multi Racial
 Asiático Otro
 Indígena Americano 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
 No-binaria
 Transgénero Hombre/ Mujer-a- Hombre
 Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer
 Otro/No Se
 Se negó especifica

EXPEDIENTE MEDICO CONFIDENCIAL

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

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Estás bajo el cuidado de un médico ahora? Si No Si es si, explique: _____

¿Has sido hospitalizado o te han hecho una operación/cirugía importante? Si No Si es si, explique: _____

¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Si No Si es si, explique: _____

MEDICAMENTOS- Liste TODOS los medicamentos, píldoras o medicamentos que esté tomando actualmente:

SOLO MUJERES: Marque todo lo que corresponda Embarazada Lactancia materna Toma anticonceptivos orales

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

¿Está tomando actualmente, o alguna vez ha tomado cualquiera de los siguientes?

- | | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Suplementos |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos | <input type="checkbox"/> Digitalis | <input type="checkbox"/> Tabaco (en cualquier forma) |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Nitroglicerina | <input type="checkbox"/> Medicamentos para bajar de peso |
| <input type="checkbox"/> Bifosfonatos | <input type="checkbox"/> Drogas recreativas | <input type="checkbox"/> Ninguno |

ALERGIAS- ¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Metal, por favor especifique: | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos |
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Analgésicos | <input type="checkbox"/> No se conocen alergias a los medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Anestésico local | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Otros, por favor especifique: |

HISTORIA DE SALUD- ¿Tiene actualmente, o ha tenido alguna vez, alguna de las siguientes condiciones? Marque todo lo que corresponda.

Cardiovascular

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho/Angina | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Embolia/Aneurisma | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón, fecha: | <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral, Fecha: |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca | <input type="checkbox"/> Otro |

Desarrollo/Salud mental y conductual

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad/TDAH | <input type="checkbox"/> Retraso mental o trastorno del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Adicción: Pasado o Actual. Alcohol, Otros | <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Bipolar | <input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Dificultades cognitivas | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |

Endocrino

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Uso de esteroides |
| <input type="checkbox"/> Trastorno endocrino | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea |

Inmunológico/Alérgico

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxis | <input type="checkbox"/> Síndrome de Sjogrens |

<p align="center">Respiratorio</p> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> ¿Tuberculosis, tratada o activa? <input type="checkbox"/> Otro	<p align="center">Gastrointestinal/Gastroinariano</p> <input type="checkbox"/> GERD/Acid Reflux <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o renal <input type="checkbox"/> Problemas estomacales <input type="checkbox"/> Ulceras estomacales
<p align="center">Hematológico/Linfático</p> <input type="checkbox"/> SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado <input type="checkbox"/> Moretones fácilmente <input type="checkbox"/> Cáncer, Fecha: <input type="checkbox"/> Chemo, Fecha: <input type="checkbox"/> Radiación, Fecha: <input type="checkbox"/> Herpes <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos	<p align="center">Oído/Nariz/Garganta</p> <input type="checkbox"/> Ciego/Cerca de Ciego <input type="checkbox"/> Apretón y bruxismo <input type="checkbox"/> Pérdida de audición/sordo <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Boca seca <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> disfunción de la articulación temporomandibular
<p align="center">Musculoqueléticos</p> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Problemas de espalda/cuello <input type="checkbox"/> reemplazo de la articulación, fecha: <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Terapia (física, etc.) <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Silla de ruedas, ¿puede transferir? Y/N	<p align="center">Neurológicos</p> <input type="checkbox"/> Equilibrio/Dificultades de Coordinación o Vértigo <input type="checkbox"/> Parálisis de Bell <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica <input type="checkbox"/> Trastorno sensorial <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Neuralgia del trigémino
<p>¿Hay alguna condición o problema que usted tenga que NO esté listado anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Si es si, explique:</p>	

PREGUNTAS DE SALUD BOCAL

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

¿Como se siente acerca de su visita de hoy? _____

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

¿Alguna vez ha tenido dificultades durante el tratamiento dental? _____

¿Cuáles son los objetivos que tiene para buscar tratamiento dental? (Mantener los dientes, alivio del dolor, salvar los dientes, extraer dientes dañados, otros) _____

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.

Yo autorizo al dentista comunicarse con mi médico:

Nombre del médico y el número de teléfono: _____

Una firma debajo certifico que he leído y entiendo este formulario. Hasta mi mejor conocimiento, he respondido a las preguntas de este formulario de forma completa y precisa. Soy responsable de informar a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicamentos. Además, no hago responsable a mi dentista o a cualquier otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que haya cometido en la finalización de este formulario.

Firma del Paciente
Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.

Fecha

Firma de Dentista

Fecha

Reconocimiento de recibo el 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 del Paciente

Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.

Reconocimiento de recibo la Nota de Materiales Dentales

Yo reconozco que he recibido la oportunidad de leer o obtener una copia de la nota de materiales dentales fechado en mayo de 2004.

Firma del Paciente

Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.

CONSENTIMIENTO PARA FOTO/VIDEO

Yo, por lo tanto, autorizo y doy mi consentimiento completo a Dientes Community Dental Care a fotografiar/tomar video de mi niño o de mí 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, no acepto

Firma del Paciente

Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.

Reconocimiento del recibo de la Estimación de Buena Fe.

Yo reconozco que he recibido la oportunidad de leer o obtener una copia de el estimación de Buena Fe.

Firma del Paciente

Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y por lo tanto los profesionales de buena reputación no pueden garantizar adecuadamente los resultados. No se pueden hacer garantías sobre los resultados del tratamiento, la longevidad de la restauración o los pronósticos. Entiendo que cualquier rama de la medicina, incluida la odontología, puede implicar resultados imprevistos.

Entiendo que cada dentista es un profesional individual y es responsable de la atención dental que se me presta. Por la presente autorizo a cualquiera de los médicos o auxiliares dentales de Dientes Community Dental Care a proceder y realizar las restauraciones y tratamientos dentales como me explicó. Entiendo que esto es sólo una estimación y sujeto a modificación dependiendo de circunstancias imprevistas o no demostrables que puedan surgir durante el tratamiento.

Mi plan de tratamiento puede cambiar en cualquier momento y haré todo lo posible para acercarme a mi atención dental con optimismo y comunicación abierta con mi dentista, higienista y personal de consultorio dental.

Soy bienvenido a hacer preguntas sobre cualquier aspecto de mi atención dental y solicitaré información si estoy confundido o necesito más información. Soy responsable de aclarar cualquier aspecto de mi tratamiento del que no estoy seguro.

La mayoría de los procedimientos dentales requieren el uso de anestesia dental o adormecimiento para completar el procedimiento. Entiendo que hay riesgos involucrados en el uso de anestésicos que incluyen pérdida permanente o temporal de la sensación y / o control muscular de daño a los nervios, dolor desde el sitio de la inyección incluyendo opresión muscular o incluso daño muscular que puede o no puede volver a la normal, reacción alérgica, y otros efectos secundarios.

En caso de que surja alguna disputa sobre el servicio dental que se me proporciona, es decir, si cualquier servicio dental prestado como supuestamente innecesario, no autorizado, o fue realizado inapropiada, negligente o incompetentemente, dicha disputa será presentada al Comité de Gestión de Calidad y Riesgo de Dientes. La decisión del Comité de Calidad será vinculante para ambas partes.

Una firma debajo indica que he leído, entiendo y acepto lo anterior. También acepto que una fotocopia de esta autorización será válida y efectiva como el original para siempre. Soy mayor de edad y competencia legal para hacer esta asignación. También concedo permiso para la revisión de los registros médicos.

Firma del Paciente

Fecha

Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar