



# 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 más 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.

## INFORMACION DEL NIÑO/A/E PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Pronombres que usa (circule uno):  
Ella el elle/elles Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ (MM/DD/AA)

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa Teléfono celular

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

¿En caso de emergencia, llamar a?

Nombre

Teléfono

Parentesco

**Su hijo/a 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 de 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-binarie  
 Transgénero Hombre/ Mujer-a- Hombre  
 Transgénero Mujer/Hombre-a-Mujer  
 Otro/No Se  
 Se negó especificar

# INFORMACION DE HISTORIA MEDICA

Por favor, llene este formulario *completamente*. Cuanto mejor sea la comunicación que tengamos, mejor podremos cuidar de su niño/a/e.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS-** Liste TODOS los medicamentos, píldoras o medicamentos que el paciente está tomando actualmente:

**ALERGIAS-** ¿El paciente 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 el paciente actualmente, o alguna vez ha tenido, alguna de las siguientes condiciones? Marque todo lo que corresponda.

<p style="text-align: center;"><b>Cardiovascular</b></p> <input type="checkbox"/> Condiciones cardíacas, especifique: <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca <input type="checkbox"/> Otros, especifique	<p style="text-align: center;"><b>Oído/Nariz/Garganta</b></p> <input type="checkbox"/> Ciego/Cerca de Ciego <input type="checkbox"/> Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Apretón y bruxismo <input type="checkbox"/> Pérdida de audición/sordo <input type="checkbox"/> amígdalas eliminadas
<p style="text-align: center;"><b>Respiratoria</b></p> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> ¿Tuberculosis, tratada o activa? <input type="checkbox"/> Otros, especifique	<p style="text-align: center;"><b>Inmunológico/Alérgico</b></p> <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Anafilaxis <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune
<p style="text-align: center;"><b>Endocrino</b></p> <input type="checkbox"/> Diabetes/Pre-Diabetes <input type="checkbox"/> Trastorno endocrino <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	<p style="text-align: center;"><b>Gastrointestinal/Gastroinariano</b></p> <input type="checkbox"/> Diálisis <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática o renal <input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<p style="text-align: center;"><b>Musculoesqueléticos</b></p> <input type="checkbox"/> Problemas de espalda/cuello <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Terapia (física, etc.) <input type="checkbox"/> Silla de ruedas, ¿puede trasladar? S/N	<p style="text-align: center;"><b>Neurológicos</b></p> <input type="checkbox"/> Equilibrio/Dificultades de Coordinación o Vértigo <input type="checkbox"/> Migrañas/Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/> Trastorno sensorial <input type="checkbox"/> Convulsiones
<p style="text-align: center;"><b>Desarrollo/Salud mental y conductual</b></p> <input type="checkbox"/> Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad/TDAH <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Retraso mental o trastorno del desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio <input type="checkbox"/> Condiciones genéticas	<p style="text-align: center;"><b>Hematológico/Linfático</b></p> <input type="checkbox"/> SIDA/VIH <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado <input type="checkbox"/> Cáncer, Fecha: Quimio, Fecha: Radiación, Fecha: <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos <input type="checkbox"/> Tumores, no cancerosos

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral      | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro              |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de cromosomas | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático |
| <input type="checkbox"/> Dificultades cognitivas | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia                     |

**¿Hay alguna condición o problema que el paciente tenga que NO esté en la lista anterior?**       Sí       No

**Si es si, explique:**

**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 y número de teléfono del médico:** \_\_\_\_\_

*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.*

_____	_____
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
<i>Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.</i>	

_____	_____
<b>Firma del Dentista</b>	<b>Fecha</b>

## **AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO PEDIATRICO SIN PADRE O GUARDIANO PRESENTE**

**Usted puede autorizar a su hijo a ser tratado en Dientes Community Dental Care sin un padre o tutor presente en su cita. Esta autorización permanecerá en vigor hasta que nos notifique por escrito, a menos que especifique una fecha a continuación.**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ (MM/DD/AA)

**Fecha de solicitud:** \_\_\_\_\_ (MM/DD/AA)      **Fin de la solicitud:** \_\_\_\_\_ (MM/DD/AA)

*(si estas fechas se dejan en blanco, esto permanecerá en vigor hasta que recibamos una notificación por escrito para detenerse)*

**Autorizo a mi hijo a ser tratado sin un padre o tutor presente en su cita. El número de contacto de un padre o tutor es \_\_\_\_\_.**

*Entiendo y reconozco que es mi responsabilidad de informar a Dientes de cualquier cambio.*

_____	_____
<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
<i>Si el paciente es menor de 18 años, los padres o tutores legales deben firmar.</i>	

## **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

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
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

\_\_\_\_\_  
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 inapropiadamente, negligentemente 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**

---

**Fecha**

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