

Colegio de Santa Rosa (SRJC)
CONDICIONES DE TRATAMIENTO DE LA CLINICA DENTAL

INFORMACION GENERAL: La Clinica Dental del Colegio de Santa Rosa es principalmente una clinica educativa; por ese motivo pacientes que reciben cuidado dental estaran participando en el programa educacional. El tratamiento sera proveido por los estudiantes y sera supervisado por los instructores de la clinica dental. El tratamiento bajo supervision requiere mas tiempo comparado con una oficina dental privada y tambien puede requerir de citas multiples de aproximadamente tres horas cada una. Usted debe continuar cualquier tratamiento en proceso con sus dentista y sus exámenes regulares. Al terminar el tratamiento en la clinica del colegio, no se daran citas al menos que haya documentacion firmada por un dentista con licencia comprobando que bubo al menos un examen dental durante el afio despues de la ultima limpieza aqui en la clinica.

APLICACION PARA SER PACIENTE: Solo pacientes que requieren cuidado apropiado para educar son elegibles para ser pacientes de la Clinica Dental del Colegio de Santa Rosa. Todos los pacientes requieren ser evaluados inicialmente para determinar si son elegibles. El Colegio de Santa Rosa reserva el derecho de negar servicio de tratamiento en la Clinica Dental del Colegio de Santa Rosa si se determina que el paciente no es apropiado para la oportunidad educacional.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL: Antes de recibir tratamiento, usted debe preguntar al estudiante los procedimientos que el o ella recomienda que usted reciba, y haga cualquier pregunta que tenga antes de decidir en dar su consentimiento o no a los procedimientos. Todos los procedimientos pueden tener riesgos o resultados sin exito y complicaciones, y no hay garantias sobre resultados o curas. Usted tiene el derecho de ser informado de riesgos y tambien de la naturaleza de el procedimiento, el beneficio esperado, y la disponibilidad de tratamientos alternos. Usted tiene el derecho a aceptar o negar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento previo a su comienzo. Al mismo tiempo, la Clinica Dental del Colegio de Santa Rosa reserva el derecho a no dar ciertos tratamientos solicitados por usted si estos violan las normas de el cuidado dental en odontologia y/o el cuidado de hygiene dental o no contribuye a la oportunidad educacional de los estudiantes.

FOTOGRAFIAS: Fotografias de el paciente pueden ser tomadas para documentar condiciones, descubrimientos durante un examen y/o para propositos educacionales.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: A los pacientes que reciben tratamiento en la Clinica Dental se les cobrara por el tratamiento de acuerdo a la lista de precios establecidos en la clinica y no son reembolsables. Los cargos son cobrados antes de empezar el tratamiento y los pacientes deberan estar preparados para pagar por el servicio antes de los procedimientos. El Colegio de Santa Rosa no acepta aseguranza dental o pagos con tarjeta de credito.

EXPEDIENTE DENTAL: El expediente, radiografias, fotografias, y otros documentos relacionados con su tratamiento en la Clinica Dental de el Colegio de Santa Rosa son propiedad de el Programa Dental de SRJC. Usted tiene derecho de inspeccionar estos documentos o solicitar copias por escrito. Nosotros responderemos en un lapso de 15 dias de trabajo. El colegio cobrara un precio razonable por este servicio. Usted tambien puede solicitar que sus radiografias dentales sean enviadas a otro proveedor del cuidado de la salud. Ademas, su expediente medico/dental podrian ser utilizado para propositos educacionales y si los son, su identidad sera protegida y no se revelara a individuos no envueltos en su cuidado y tratamiento.

MANTENIENDO SUS CITAS: Los pacientes son requeridos a llegar a tiempo a sus citas. Si sabe que no podra mantener sus cita, usted debe notificar al estudiante o a la oficina de la clinica con al menos 24 horas de anticipacion. Cancelaciones hechas en menos de 24 horas antes, faltar a sos citas sin aviso, o repetidos intentos sin exito para hacer arreglos para citas pueden ser motivo para discontinuar tratamiento futuro a el paciente en la Clinica Dental del Colegio de Santa Rosa.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD DE PRODUCTOS: La distribucion de productos no constituye nuestra publicidad.

Su firma en esta forma certifica que ha leido y entendido la informacion proveida, que usted ha recibido recibido una copia, y que acepta el cuidado de la hygiene dental bajo los terminos y condiciones descritas.

FECHA: _____

FIRMA: _____

Si alguien diferente que el paciente firma, indique la relacion con el paciente: padre/ guardian / conservador

Políticas y prácticas de privacidad de los programas dentales de Allied

Santa Rosa Junior College

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER OBTENIDA / REVISADA POR NUESTRA FACULTAD

Y ESTUDIANTES. POR FAVOR REVISARLO DETENIDAMENTE.

Usted es un participante valioso en nuestro programa educativo y estamos sumamente interesados en proteger la privacidad de nuestros pacientes. Para ello, hemos desarrollado políticas y procedimientos de privacidad. Este aviso describe cómo salvaguardar estos datos para que su información de salud no se vea comprometida mientras sea un paciente en nuestro clínicas.

- ❖ "Información médica protegida" es información médica identificable individualmente transmitida o mantenida por medios electrónicos u otros.
- ❖ Usamos y divulgamos solo la información de salud protegida mínima para brindarle servicios. Ejemplos de dicho uso y divulgaciones hijo:

Tratamiento

Usamos y divulgamos información médica para tratar a pacientes mediante formularios de historial médico y consentimiento para formularios de tratamiento y registros clínicos involucrados en la prestación de todos los servicios proporcionados por los estudiantes / profesores en

la Clínica Dental SRJC. Podemos obtener estos datos directamente de usted o de otro proveedor de atención médica. Podemos divulgar esta información médica a otro proveedor de atención médica o dentro de nuestro centro educativo en lo que respecta a su tratamiento en la Clínica Dental SRJC.

Operaciones

Usamos y divulgamos información médica protegida para actividades relacionadas con los requisitos educativos del colegio, los requisitos de acreditación y el plan de estudios relacionados. Esto puede incluir calibrar el rendimiento de nuestros profesionales de la salud, realizando actividades de capacitación, acreditación y obtención de licencias o credenciales.

Autorización

Podemos utilizar información médica protegida para otras muchas solo si usted nos ha autorizado por escrito para hacerlo. Sin embargo, no utilizamos los datos de salud del paciente de esta manera y no le pediremos su autorización para hacerlo.

- ❖ **Limitamos cómo, cuándo y dónde podemos divulgar información médica protegida. Cuando lo hacemos, divulgue solo la información mínima requerida. Los ejemplos incluyen:**

Ley

Debemos divulgar información médica protegida si así lo exige la ley, una orden judicial u orden judicial, o para informar información sobre la víctima de un delito.

Salud pública

Podemos divulgar información médica protegida a agencias de salud pública o de supervisión del gobierno según lo autorice ley.

La seguridad

Podemos divulgar información médica protegida para prevenir una amenaza grave a la salud y seguridad de un estudiante o otros de tener lugar.

Gobierno

Podemos divulgar información médica protegida según lo requieran las fuerzas armadas o el gobierno federal para la seguridad nacional.

y actividades de inteligencia.

* Protegemos sus derechos con respecto a la información médica protegida de su oficina. Los pacientes tienen derechos con respecto a su información de salud protegida. Estos derechos incluyen:

Acceso

Los pacientes pueden revisar y obtener una copia de la información médica protegida que conservamos.

Contabilidad

Puede solicitar que contabilicemos cualquier divulgación que haya hecho de información médica protegida. Esta petición debe ser por escrito y no puede ser por un período superior a seis años y no incluir fechas anteriores al 14 de enero de 2014.

Restricción

Puede solicitar que restrinjamos nuestra divulgación de información médica protegida. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar esta solicitud si tiene un impacto en nuestra Comisión de Directrices y Estándares de Acreditación de la ADA.

Comunicaciones

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted sobre nuestro manejo de la información médica protegida en una determinada manera, tiempo o lugar. Su solicitud debe ser por escrito y respetaremos todas las solicitudes razonables.

Cambios en nuestras políticas y procedimientos de privacidad

Podemos cambiar las políticas y procedimientos contenidos en este aviso. Si realizamos un cambio sustancial en nuestras políticas y procedimientos, le proporcionaremos una copia actualizada de nuestras prácticas de privacidad cuando lo solicite.

Cómo contactarnos con respecto a la privacidad

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos de privacidad de los pacientes o este aviso, quejas sobre cómo hemos protegido la privacidad de la información de salud protegida obtenida por nuestros estudiantes, o ideas sobre cómo mejorar mejor nuestra políticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica a continuación. Si cree que hemos violado los derechos de privacidad, puede comunicarse con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Persona de contacto : Lucinda Fleckner, RDHAP, MS

Director: Programa de Educación en Higiene Dental

Santa Rosa Junior College

1501 Mendocino Ave.

Santa Rosa, CA 95401

(707) 527-4583

Declaración de derechos del paciente

Como paciente de las Clínicas Dentales de Santa Rosa Junior College, puede esperar:

Cuidado profesional Tratamiento sin discriminación Cuidado respetuoso

Confidencialidad de todas las Comunicaciones Para que se escuchen sus inquietudes

Para comprender sus necesidades de Tratamiento Tratamiento en un ambiente seguro

Trato de calidad Participar en todas las decisiones sobre su Tratamiento Tener acceso a sus registros dentales

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA DE PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN MÉDICA ANTE LA OFICINA DE DERECHOS CIVILES

<http://www.hhs.gov/ocr/howtofileprivacy.htm>

Región IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, Oficina de Derechos Civiles de Jurisdicciones de las Islas del Pacífico afiliadas a los EE. UU.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

50 United Nations Plaza - Sala 322

San Francisco, CA 94102

(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)

(415) 437-8329 FAX

1501 Mendocino Avenue, Santa Rosa, CA 95401-4395 • (707)527-4271 • FAX (707)527-4426

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE PRIVACIDAD PRÁCTICAS

Acuso recibo de las Prácticas de privacidad y la Declaración de derechos del paciente de Santa Rosa Junior Colega.

RECONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO FERPA

Santa Rosa Junior College cumple con FERPA y tiene políticas y procedimientos estrictos vigente que rige los registros y la privacidad de los estudiantes. Las fotografías de los estudiantes son estrictamente prohibido mientras se encuentre en el Centro Clínico del Departamento Dental de SRJC.

CONSENTIR PARA USAR, DIVULGACIÓN Y SOLICITADO LIBERAR DE PROTEGIDOSALUD INFORMACIÓN

Habiendo leído y entendido las Prácticas de Privacidad de Santa Rosa Junior College, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento y atención médica. También doy mi consentimiento para la divulgación de mi información cuando lo solicite, en el lugar que yo elija. Entiendo que mis registros estarán accesibles durante 7 años. Entiendo que no estoy obligado a dar este consentimiento para que el programa use mi información médica protegida para operaciones de tratamiento y atención médica. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito enviando la revocación al Director del programa que figura en el aviso de Prácticas de privacidad. Además entiendo que si me niego a dar mi consentimiento, o si lo revoco, el programa rechazar a llevar a cabo procedimientos en a mí.

Al firmar a continuación, reconozco que he tenido la oportunidad de leer y hacer preguntas sobre estas políticas y reglamentos:

Con fecha de: _____

Imprimir Paciente Nombre: _____

Firma del Paciente: _____

Si desea revocar su consentimiento para cualquiera de los anteriores, solicite en recepción un formulario de revocación de consentimiento.

PACIENTE INFORMACIÓN, MÉDICO HISTORIA, DENTAL HISTORIAL

La siguiente información se solicita con el fin de prestar los servicios de higiene dental adecuados y se mantendrá confidencial

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Apellido Primer nombre Medio Mes día año

Dirección: _____ Teléfono: (____) _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal

Género asignado al nacer: Masculino/Femenino

Identidad de género: No binario ____ Prefiero no revelar ____ ¿Prefiero autodescribirme

? ¿Pronombres preferidos?:

____ ella/ella/de ella ____ él/él/su ____ ellos/ellos/suyos ____ Otro: Especifique _____

Raza: _____ ¿En qué idioma te sientes cómodo hablando?: _____

Mejor manera de ser contactado: Teléfono ____ Correo electrónico: _____ Otro : _____

En caso de emergencia, por favor notifique a : _____
Nombre Parentesco Teléfono

¿Cómo se enteró de la clínica? CÍRCULO:

(1) Familiar/amigo (2) Anuncio (3) SRJC (4) En línea (5)Dentista: _____ (6) Otro: _____

Historial médico

1. ¿Cómo describiría su salud en general?

□ Pobre □ Regular □ Bueno

Si es pobre, explique _____

2. Fecha del último examen médico:

____ mes/año ____ motivo de la visita

Médicos/ Nombre de la clínica:

Dirección: _____

Teléfono: _____

En caso de emergencia, a qué hospital le gustaría ser transportado: _____

3. ¿Lo está tratando un médico ahora o lo ha tratado un médico en el último año?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, describa la condición: _____

4. ¿Le han dicho que necesita una premedicación antes del trabajo dental?

□ Sí □ No

5. ¿Enfermedades mayores / Hospitalizaciones / Cirugía?

Por favor liste: _____

6. ¿Hay antecedentes de diabetes en su familia?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, identifique al miembro de la familia

7. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?

□ Sí □ No

Describe la discapacidad _____

8. ¿Embarazada?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, fecha de vencimiento: _____

9. ¿Diagnosticado con apnea del sueño?

□ Sí □ No

En caso afirmativo, ¿usa un CPAP?

□ Sí □ No

¿Hay algo que podamos hacer para que su visita con nosotros sea más cómoda?

For Clinician Use:

Initial Vitals: BP: _____ P _____ R _____

Stage: _____ ASA Classification: _____

W/O Modifications _____

W/ Modifications to Tx _____

PACIENTE INFORMACIÓN, MÉDICO HISTORIA, DENTAL HISTORIAL

La siguiente información se solicita con el fin de prestar los servicios de higiene dental adecuados y se mantendrá confidencial

¿Se ha enfermado, ha mostrado alergia o le han dicho que no tome alguno de los siguientes?

Lista de medicamentos Medicamento específico

- 10. Antibióticos (penicilina, etc.)
11. Novacaína/anestésico dental
12. Látex o sulfitos (círculo)
13. Otras drogas o medicamentos
Si es otro, enumere

¿Alguna vez ha tomado/tiene o está tomando medicamentos para?

- 14. Alergias/ fiebre del heno
15. Problemas pulmonares (tuberculosis, enfisema, asma)
16. Artritis o reumatismo
17. Enfermedad/síndrome autoinmune
18. Control de la natalidad/ menopausia (hormonas)
19. Sangre (hígado o suplementos de hierro, etc.)
20. Anticoagulantes (anticoagulantes)
21. Enfermedad de la sangre(anemia,leucemia,etc.)
22. Diabetes (píldoras o inyecciones)
23. Hipoglucemia
24. Dolores de cabeza
25. Condición cardíaca o presión arterial alta/baja
26. Ansiedad/depresión/problemas para dormir
27. Problemas estomacales (úlceras u otros)
28. Condición de la tiroides: hiper/hipotiroides
29. Usa lentes de contacto
30. Con una dieta prescrita (baja en sodio, etc.)
31. Uso de tabaco (fumar, mascar, vapear)
32. ¿Actualmente está usando marihuana
33. Dependencia de drogas-alcohol
34. Pastilla para adelgazar (Fen-Phen o Redux)
35. Enfermedad cardíaca o vascular congénita
36. Cirugía cardíaca

- 37. Prótesis valvular
38. Marcapasos
39. Ataque al corazón
40. Accidente cerebrovascular
41. Cardiopatía reumática/fiebre reumática
42. Soplo cardíaco/prolapso de la válvula mitral
43. Enfermedad renal
44. Trasplante de órganos
45. Transfusión de sangre
46. Reemplazo de prótesis articular
47. Sangrado excesivo/moretos
48. Desmayos/ convulsiones/ epilepsia
49. Tumor o Cáncer
En caso afirmativo, recibiendo Tx.....Sí No
Círculo: Quimioterapia con radiación
50. Terapia con esteroides (cortisona, etc.)
51. Hepatitis/ enfermedad del hígado/ ictericia
52. ETS (sífilis, gonorrea, herpes)
53. VIH positivo o SIDA
54. Tomado bisfosfonato (Actonel, Boniva, Fosamax)
55. Enumere cualquier otra afección que considere que debemos saber:

Blank lines for patient response to question 55.

- 56. Enumere todos los medicamentos, remedios a base de hierbas u homeopáticos que esté usando en este momento, incluidas las drogas recreativas: (adjunte una lista por separado si es necesario)

Blank lines for patient response to question 56.

PACIENTE INFORMACIÓN, MÉDICO HISTORIA, DENTAL HISTORIAL

La siguiente información se solicita con el fin de prestar los servicios de higiene dental adecuados y se mantendrá confidencial

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es el motivo de su visita? _____

1. ¿Cómo describiría su salud oral?

Pobre Regular Bueno Si es pobre, explique: _____

2. Nombre del dentista: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

3. Fecha del último examen dental: _____
Mes/ año

¿Propósito del examen? _____

4. Fecha de la última limpieza dental: _____
Mes / año

5. Fecha de las últimas radiografías dentales: _____

Círculo: Bitewings FMX Panoramic Mes / año

6. Frecuencia de las revisiones dentales:

6 meses Anualmente Otro _____

7. ¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de rayos X que no sea una radiografía dental?

Sí No En caso afirmativo, Razón: _____

8. ¿Qué tipo(s) de anestésicos se usaron para cualquier tratamiento dental anterior? Xilocaína (inyecciones)

Óxido Nitroso (gas) Anestesia general Otro _____

9. ¿Alguna vez ha tenido una reacción inusual a la anestesia dental? Sí No

En caso afirmativo, ¿más de una vez? Sí No

10. ¿Está nervioso por recibir tratamiento dental? Sí, explique por qué _____ no

11. Después del tratamiento dental, ¿alguna vez ha tenido problemas de sangrado? Sí No En caso afirmativo, ¿qué medidas correctivas se requirieron? _____

12. ¿Alguien en su familia usa dentaduras postizas? Sí No En caso afirmativo, indique el motivo de la pérdida del diente: _____

¿Alguna vez ha tenido/tiene:(marque la respuesta correcta)?

13. Dificultad para masticar Sí No

14. Dificultad para abrir bien la boca Sí No

15. Problemas para apretar o rechinar los dientes Sí No

16. Lesiones en la cara, dientes, mandíbulas Sí No

17. Dientes sensibles Sí No

18. Dolor agudo en la boca o forúnculos en las encías Sí No

19. Ampollas/llagas de fiebre (¿lentas para sanar?) Si No

20. Tratamiento de ortodoncia (brackets) Sí No

21. Tratamiento periodontal (de las encías) Sí No

22. Tratamiento de endodoncia (canal radicular) Si No

23. Implantes dentales Sí No

24. Prótesis (reemplazo de múltiples dientes) Sí No

25. Instrucciones para el control de la placa (uso de hilo dental) Sí No

26. Empastes o restauraciones del color de los dientes Si No

27. Consejería Nutricional Sí No

Alguna vez:

28. ¿Piensa que sus dientes están afectando su salud general de alguna manera? Si No

29. ¿Se siente insatisfecho con la apariencia de sus dientes? Sí No

30. ¿Se muerde los labios, las mejillas o los objetos con frecuencia? Sí No

31. ¿Tiene perforaciones en la boca o en la cara? Sí No

32. ¿Por qué cree que es importante limpiarse los dientes?

Es necesario eliminar el cálculo (sarro) La mancha debe eliminarse

No puedo mantener mis propios dientes limpios Otro _____

33. ¿Cuál cree que es su principal problema dental?

No tengo conocimiento de ninguno en este momento Apíñamiento

Caries (caries dental) Enfermedad periodontal (de las encías) Otro

34. ¿Qué tipo de cepillo de dientes usa? Suave Med. Duro Eléctrico No sé

35. ¿Qué tipo de pasta de dientes usas? Con flúor Sin flúor No sé Otro

36. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? 1x/ día 2x/día Otro Duración: _____ minutos

37. ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? diariamente ocasionalmente no

38. ¿Qué dispositivos de limpieza adicionales utiliza? Water Pik Perio aid Proxabrush Porta hilo dental

Estimulantes/palillos de dientes Otro

39. ¿Se ha beneficiado del fluoruro en alguno de los siguientes? Agua potable Tabletas Pasta de dientes

Consultorio dental Enjuague bucal

40. ¿Cuándo come alimentos que contienen azúcares? Todo el tiempo En diferentes momentos cada día

En las comidas No coma dulces

Doy fe del hecho de que los antecedentes médicos y dentales anteriores son reales y completos. Por la presente solicito y autorizo la prestación de servicios de higiene dental. (Se requiere la firma del padre o tutor para niños menores de 18 años)

Firma del paciente o tutor _____ Fecha _____

Nombre/Inicial del apellido del estudiante _____ DH # _____

Nombre de la facultad _____ Fecha _____

Dentista clínico _____ Fecha _____