

## Reconocimiento DEL RECIBO DE POLIZA DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que he recibido la Póliza de Privacidad de Santa Rosa Junior College y reconozco que yo he tenido la oportunidad de leer esta descripción de sus practicas de privacidad y de hacer preguntas tocante a ello.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de paciente

Nombre en letra de molde

El paciente, (nombre) \_\_\_\_\_, ha sido provisto una copia de este Reconocimiento de Recibo de Póliza de Privacidad y no ha podido firmar, o ha rechazado firmarlo.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Carol Hatrick, Directora de Programa

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Después de leer y entender las Practicas de Privacidad de el Colegio de Santa Rosa, Yo consiento que se use y revele my información de salud protegida para que se lleve a cabo tratamiento, actividades de pago y opciones de cuidado de salud.

Yo entiendo que no estoy bajo requisito para dar este consentimiento para que este programa use mi información de salud protegida para tratamiento, actividades de pago, y opciones de cuidado de salud. Yo también entiendo que yo puedo revocar mi consentimiento por escrito y someterlo al Director de Programa listado en el aviso de Prácticas de Privacidad. Yo además entiendo que si yo rehúso mi consentimiento o si lo revoco, el programa, estudiante o facultad puede rehusar tratamiento, actividades de pago, y actividades de salud como si el consentimiento fue dado o no revocado.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de paciente

Nombre en letra de molde

El paciente, (nombre) \_\_\_\_\_, ha sido provisto una copia de este Consentimiento de Uso Y Revelación de Información de Salud Protegida y no ha podido firmar, o ha rechazado firmarlo.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Oficial de Privacidad/Contacto

## REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Yo revoco el consentimiento para que el Colegio de Santa Rosa use mi información de salud protegida que yo di en \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . Yo entiendo que el programa puede negar tratamiento o negar continuar mi tratamiento, actividades de pago, y operaciones de cuidado de salud como si esta revocación no fue hecha.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma de paciente

## 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 hubo al menos un examen dental durante el año 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. 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 sus citas sin aviso, o repetidos intentos sin exito para hacer arreglos para citas pueden ser motivo para descontinuar 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 leído 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

## **Póliza de Privacidad y Prácticas de los Programas Dentales Aliados del Colegio de Santa Rosa.**

ESTE DOCUMENTO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER OBTENIDA/REPASADA POR NUESTROS PROFESORES Y ESTUDIANTES. POR FAVOR REPASOLO CON CUIDADO.

Usted es un estimado participante en nuestro programa educativo y nosotros estamos vitalmente interesados en la protección de la privacidad de nuestros pacientes. Para asegurarlo hemos desarrollado pólizas de privacidad y procedimientos apropiados. Este documento describe como salvaguardamos estos datos para que su información de salud no sea transgida mientras lo atendamos como paciente en nuestra clínica.

- “Información de salud protegida” es información de salud individualmente identificable, transmitida o mantenida por medios electrónicos u otros medios.
- Nosotros usamos y revelamos la minima cantidad de información de salud protegida para efectuar servicios para usted. Ejemplos de estas revelaciones y usos son:

### **Tratamiento**

Nosotros usamos y revelamos información de salud para el tratamiento de nuestros pacientes por medios de repaso del historial medico, consentimiento para tratamiento que envuelve higiene dental, radiografías, procedimientos de pulimento coronal, además de otros procedimientos clínicamente obtenidos. Esta información será obtenida por medio de usted directamente o por medio de otro proveedor de asistencia medica. Esta información podría ser revelada a otro proveedor de asistencia medica o dentro de nuestra instalación medica como sea prudente a su tratamiento en la Clínica Dental de el Colegio de Santa Rosa.

### **Operaciones**

Nosotros usamos y revelamos información de salud protegida para actividades que están relacionadas con los requisitos educativos del colegio, requisitos de acreditación, y programa de estudios. Esto puede incluir calibración de la ejecución de nuestros profesionales de salud, el entrenamiento, acreditación, licenciatura, y actividades de credencial.

### **Autorización**

Nosotros usamos información de salud protegida para otros propósitos, solamente, si usted lo ha autorizado por escrito. No obstante, no utilizamos datos de salud en esta forma, así que no le pediremos autorización para hacerlo.

**Cambios a nuestra póliza de privacidad y procedimientos**

Podríamos cambiar las pólizas y procedimientos contenidos en este aviso. Si hacemos algún cambio material de nuestra póliza y procedimiento nosotros vamos a hacer provisión de los cambios mediante una copia actualizada cuando usted haga petición.

**Como contactarnos con respecto a privacidad**

Si tiene cualquier pregunta acerca de los derechos de privacidad del paciente o de este aviso, quejas sobre como hemos protegido la privacidad de información de salud protegida que es obtenida por los estudiantes, o ideas de cómo podemos mejorar nuestra póliza de privacidad por favor de contactar la persona listada. Si usted cree que hemos violado derechos de privacidad usted puede contactar la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

**Persona de Contacto: Lucinda Fleckner**

**Directora: Programa Educativo Aliado Dental  
Santa Rosa Junior College  
1501 Mendocino Ave.  
Santa Rosa, CA 95401  
(707) 527-4583**

**COMO PRESENTAR UNA DEMANDA CON LA OFICINA PARA DERECHOS HUMANOS SOBRE VIOLACIÓN DE PRIVACIDAD.**

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

**Region IX-AZ, CA, HI, NV, AS, GU, The U.S. Affiliated Pacific Island Jusisdictions**  
Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
50 United Nations Plaza-Room 322  
San Francisco, CA 94102  
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)  
(415) 437-8329 FAX

**SRJC Health History Form**

Nombre: \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Nombre Casa Trabajo  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Numero de celular \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  M  F

Correo electronico \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Telefono(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Si está llenando esta forma para otra persona, cual es su relación con el paciente? \_\_\_\_\_  
 Nombre y Relación

En las siguientes preguntas, favor de circular **SI, NO, NO SE** o escriba la respuesta apropiada. Sus respuestas son solo para nuestro expediente y se mantendran confidenciales de acuerdo con las leyes que apliquen. Favor de notar que durante su visita inicial se le haran preguntas sobre sus respuestas en este cuestionario y tal vez Habra mas preguntas sobre su salud. Esta información es vital y nos permite proveer el cuidado apropiado que se merece. SRJC no hace ningún tipo de discriminación basada en esta información.

¿Cual es la razón principal de su visita \_\_\_\_\_

**Información Médica**

1. ¿Cómo considera su salud?  Buena  Regular  Mala
2. ¿Ha habido algun cambio en su salud genral en este año pasado?..... Si No No se

Explique el cambio \_\_\_\_\_

3. Mi ultimo examen fisico fue \_\_\_\_\_
4. ¿Está bajo cuidado medico..... Si No No se

Explique la condición \_\_\_\_\_

5. Nombre y direccion de el medico(s) es:

Nombre \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Codigo \_\_\_\_\_

6. ¿Ha tenido alguna enfermedad seria, operación, o ha sido hospitalizado en los pasado 5 años?.... Si No No se

Si contest "si," cual es la enfermedad o problema? \_\_\_\_\_

7. ¿Está tomando o a tomado recientemente algunos de los siguientes medicamentos?

- a. Antibióticos o medicamentos de sulfa... Si No No Se
- b. Anticoagulantes..... Si No No Se
- c. Medicamentos para presion alta.....Si No No Se
- d. Cortisona..... Si No No Se
- e. Aspirina.....Si No No Se
- f. (Bisphosphantes) Fosamax.....Si No No Se
- g. Insulina, tolbutamina..... Si No No Se
- h. Digitalis, Digoxin.....Si No No Se
- i. Nitroglicerina..... Si No No Se
- j. Antihistamina.....Si No No Se

8. ¿Está usted tomando algun medicamento(s) incluyendo medicamentos sin prescripción, o remedies de hierbas?

Nombre los medicamentos que esta tomando? \_\_\_\_\_

De prescripción \_\_\_\_\_

Sin receta \_\_\_\_\_

Remedios naturales o de hierbas \_\_\_\_\_

9. ¿Padece Tuberculosis active?..... Si No No Se

10. ¿Padece de tos que persiste por mad de 3 semanas o tos con sangre?..... Si No No Se

**Problemas de Sangrado**

11. ¿Ha tenido sangrados anormales?..... Si No No Se

12. ¿Ha tenido transfusions de sangre?..... Si No No Se

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

13. ¿Tiene problemas de sangre (anemia, sangra facil, hemophilia y/o leukemia)?..... Si No No Se

Explique por favor \_\_\_\_\_

**Premedicación**

14. ¿Le han recomendado medicos/dentistas tomar antibióticos antes de recibir tratamiento dental?. Si No No Se

15. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas medicos?

a. Valvula prostetica cardiac..... Si No No Se

b. Endocarditis previa..... Si No No Se

c. Condicion del corazón congenital, irreparable, o incluyendo derivador y conductos..... Si No No Se

d. Condicion del corazón congenita, reparada, con artefacto prostetico..... Si No No Se

e. Transplante de corazón..... Si No No Se

16. ¿Ha tenido remplazo de articulaciones con protesis (rodilla, codo, dedo)?..... Si No No Se

**Enfermedades Cardiovasculares**

17. ¿Ha tendio ataque al corazón?..... Si No No Se

18. ¿Ha tenido alguna embolia?..... Si No No Se

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

19. ¿Padece dolor de pecho al hacer esfuerzo?. Si No No Se

20. ¿Se le acaba el aliento despues de leve ejercicio o cuando está acostado(a)?..... Si No No Se

21. ¿Tiene marcapasos cardiac?..... Si No No Se

22. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas cardiovasculares?

a. Insuficiencia coronaria..... Si No No Se

b. Angina de pecho.....Si No No Se

c. Presion alta (hipertension)..... Si No No Se

d. Presion baja.....Si No No Se

e. Arteriosclerosis..... Si No No Se

**Diabetes**

23. ¿Padece de diabetes?..... Si No No Se  
Si contest "sí"

¿Que tipo padece? Tipo I \_\_\_\_\_ Tipo II \_\_\_\_\_

¿Ha comido hoy?..... Si No

¿Cual fue su medida de glucose (azucar) esta mañana? \_\_\_\_\_

24. ¿Orina mas de 6 veces al dia?..... Si No No Se

25. ¿Tiene sed la mayoría de el tiempo?..... Si No No Se

26. ¿Ha tenido recientemente una perdida o gane de peso de mas de 10 libras?..... Si No No Se

**Otras Enfermedades**

27. ¿Ha tenido algun vez tratamiento de cirugia, radiacion, o quimioterapia para un tumor?..... Si No No Se

28. ¿Tiene o ha tenido alguno de las siguientes enfermedades o problemas?

a. Asma, alergias al polen..... Si No No Se

b. SIDA o infección de VIH..... Si No No Se

c. Artritis, reumatismo..... Si No No Se

d. Cancer..... Si No No Se

e. Dolor cronico..... Si No No Se

f. Trastornos alimenticios..... Si No No Se

g. Epilepsia..... Si No No Se

h. Desmayos o ataques de epilepsia..... Si No No Se

i. Agruras..... Si No No Se

j. Glaucoma..... Si No No Se

k. Hepatitis, piel amarilla?..... Si No No Se

l. Problemas de riñones..... Si No No Se

m. Problemas de salud mentales..... Si No No Se

n. Mononucleosis..... Si No No Se

o. Herpes oral, fuegos en la boca..... Si No No Se

p. Osteoporosis..... Si No No Se

q. Inflamacion persistente en las glandulas de cuello.....

..... Si No No Se

r. Problemas del sistema inmunologico..... Si No No Se

s. Infecciones que recurrent..... Si No No Se

t. Problemas respiratorios..... Si No No Se

Especifique si contesto "si" (emfisema, bronquitis, otro)

u. Dolores de cabeza severos..... Si No No Se

v. Enfermedades transmitidas sexualmente (sífilis, gonorrea, etc)..... Si No No Se

w. Problemas de sinusitis..... Si No No Se

x. Ulceras estomacales o acides..... Si No No Se

y. Lupus..... Si No No Se

z. Problemas de la tiroides..... Si No No Se

**Alergias**

29. ¿Es usted alergico(a) ó ha tenido alguna reacción a:

a. Aspirina..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

b. Barbitúrico..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

c. Codeína o otros narcoticos..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

d. Alimentos..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

e. Iodina..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

f. Latex..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

g. Anesthesia local..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

h. Penicilina..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

i. Alergias de estacion..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

j. Medicamentos de sulfa..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

k. Otra cosa..... Si No No Se

Especifique la reacción \_\_\_\_\_

30. ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado arriba del que debas saber?..... Si No No Se

Explique por favor \_\_\_\_\_

**Tabaco/Alcohol/Drogas**

31. ¿Usa Tabaco en cualquier forma?..... Si No No Se

¿Que tipo? \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

32. ¿Fumó o uso Tabaco en el pasado?..... Si No No Se

33. ¿Toma usted bebidas alcoholicas?..... Si No No Se

34. ¿Esta en rehabilitacion de abuso del alcohol /o

drogas?..... Si No No Se

35. ¿Usa drogas recreacionales?..... Si No No Se

**Para mujeres solamente:**

36. ¿Esta embarazada?..... Si No No Se

Si contest "si", cual es la fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

37. ¿Esta tomando pastille anticonceptivas, inyecciones, ó

implantes?..... Si No No Se

Explique por favor \_\_\_\_\_

38. ¿Esta en tratamiento de remplazo hormonal?.....

..... Si No No Se

Cerifico que he leído y comprendido la información en este cuestionario. Certifico además que mis preguntas relacionadas con el cuestionario, en caso de tener alguna, han sido contestadas satisfactoriamente. Entiendo que el Colegio de Santa Rosa, el personal y los estudiantes no se harán responsables por las acciones que realicen o dejen de realizar en base de errors u omisiones que yo haya hecho al llenar este cuestionario.

Firma de el paciente/Guardian legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Initial vitals: BP \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_  
Stage \_\_\_\_\_ ASA Classification \_\_\_\_\_

Parantesco con el paciente \_\_\_\_\_

¿Como supo de la Clinica Dental de SRJC?

Anuncio \_\_\_\_\_ Elcatalogo de SRJC \_\_\_\_\_ Por medio de un estudiante \_\_\_\_\_ Por cometrarios de otras personas \_\_\_\_\_ Referencia \_\_\_\_\_ Otra fuente (especificue) \_\_\_\_\_

SRJC Dental History Form (Historia Dental)

Nombre de el paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. Nombre y dirección de mi dentist  
 Nombre \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_
  2. Fecha de la ultima limpieza dental \_\_\_\_\_ Fecha de los ultimas radiografias y que tipo \_\_\_\_\_
  3. ¿Ha tenido cmplicaciones o experiencias negativas asociadas con tratamiento dental en el pasado?  
 Si Explique \_\_\_\_\_  
 No
  4. ¿Esta usted experimentado alguno de los siguientes síntomas (Locación)?  
 Dientes sensibles a lo:  Abscesos \_\_\_\_\_  Dolor de dientes \_\_\_\_\_  Sangrando de encias \_\_\_\_\_  
 caliente \_\_\_ presión \_\_\_\_\_  Acumulacion de sarro \_\_\_\_\_  Recesion de encia \_\_\_\_\_  Dificultad al masticar \_\_\_\_\_  
 cold \_\_\_\_\_ sweets \_\_\_\_\_  Perdida de tapadura \_\_\_\_\_  Mal olor \_\_\_\_\_  Dificultad al pasar \_\_\_\_\_  
 Sensasion de ardor \_\_\_\_\_  Boca seca \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_
  5. ¿Ha tenido experiencia con algo de lo mencionado a continuacion? ¿Cuándo(mes, año)?  
 Limpieza profunda \_\_\_\_\_  Terapia de radiacion en Cabeza/Cuello \_\_\_\_\_  Reacción a anestecia local \_\_\_\_\_  
 Endodoncia \_\_\_\_\_  Cirugia periodontal \_\_\_\_\_  Dolores de cabeza, oidos, o cuello \_\_\_\_\_  
 Extracciones \_\_\_\_\_  Sangrando prolongado despues de \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_
  6. ¿Ha tenido tratamiento de ortodontologia y uso frenillos en pasado?  si  no  
 Si contest "si" ¿por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Usa retenedor para los dientes?  si  no  
 Si contest "si" ¿permamente o removible? \_\_\_\_\_
7. ¿Usa dentaduras removibles (parciales o completos)?  si  no
  8. ¿Tiene implantes dentales?  si  no
  9. ¿Rechina o aprieta los dientes de día y/o de noche?  si  no  
 Si contest "si" ¿usa protector para dientes? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
  10. ¿Ha tenido lesions a sus dientes, cara, o quijada en el pasado?  
 Si Explique \_\_\_\_\_  
 No
  11. ¿Cúantos veces al día o semana cepilla sus dientes y usa el hilo dental?  
 Cepillado: \_\_\_\_\_ x al día o \_\_\_\_\_ x por semana  
 Hilo dental: \_\_\_\_\_ x al día o \_\_\_\_\_ x por semana
  12. ¿Esta usted de acuerdo o no con esta frase: La salud oral afecta su salud genral.  
 Fuertemente en acuerdo  De acuerdo  En desacuerdo  Fuertemente en desacuerdo
  13. ¿Cuando checa dentro de su boca, busca por cosas como las mencionadas a continuación?  

	Si	No	No se como hacerlo		Si	No	No se como hacerlo
Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de encias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labiales o fuegos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
  14. ¿En los pasados dos años, ha estado preocupado por su aliento ó apariencia de sus dientes ó cara?  si  no  
 Dientes amarillos/grises  El espacio entre los dientes  Otra cosa \_\_\_\_\_  
 Manchas  Encias  Aliento \_\_\_\_\_