

Último Nombre : _____ First Nombre: _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección de casa _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Nombre del médico : _____ Número de teléfono _____

Marque con un círculo Sí o No para las siguientes preguntas :

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Necesita normalmente premedicación con antibióticos antes de las citas dentales ? | SÍ | NO |
| ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción anormal al anestésico local (novacaína)? | SI | NO |
| ¿Fuma ? | SI | NO |
| ¿Estás embarazada ? | SI | NO |
| ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico ? | SI | NO |
| ¿Está actualmente tomando cualquier perscription drogas ? | SI | NO |

(Indique a continuación los medicamentos que esté tomando)

- | | | |
|--|----|----|
| ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses ? | SI | NO |
|--|----|----|

Enumere los medicamentos actuales :

Indique las alergias que pueda tener (látex, anestesia local, etc.): _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez alguna de las siguientes condiciones médicas?

Marque con un círculo SÍ o NO

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| Terapia con esteroidesSí No | Fiebre reumática Sí No | Asma Sí No |
| Problemas cardíacosSí No | Marcapasos cardíacoSí No | Osteoporosis Sí No |
| RadioterapiaSí No | EpilepsiaSí No | Enfermedad de KidneySí No |
| Sangrado excesivoSí No | Accidente cerebrovascular Sí No | Cáncer Sí No |
| Bronquitis, enfisemaSí No | Enfermedad de la tiroides Sí No | Presión arterial alta / baja.... Sí No |
| Ansiedad Sí No | Hepatitis / Enfermedad hepática ... Sí No | Diabetes Sí No |

Rodilla o cadera

reemplazo Sí No

Otras condiciones..... Sí No (explique_____)

Firma del paciente _____ Fecha _____

Estudiante _____ # _____ Firma de la facultad _____

Este formulario es solo para fines de evaluación. Se realizará un historial médico completo, para el tratamiento, en la primera cita.

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 higiene 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 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 leído y entendido la informacion proveida, que usted ha recibido recibido una copia, y que acepta el cuidado de la higiene 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

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

REVOCACON 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

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 mínima 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.

- Limitamos como, cuando, y con quien revelamos información de salud protegida. Cuando lo hacemos, revelamos solo la información mínima que sea requerida. Ejemplos incluyen:

Ley

Tenemos el deber de revelar información de salud protegida si se requiere por ley, mandato judicial, o orden tribunal, o para reportar información acerca de una victima de crimen.

-

Salud Pública

Revelaremos información de salud protegida a organizaciones de salud pública o agencias de gobierno como sean autorizadas por ley.

Seguridad

Revelaremos información de salud protegida para prevenir amenazas serias a la salud o seguridad del estudiante o otras personas.

Gobierno

Revelaremos información de salud protegida como sea requerida por el gobierno federal o el ejército militar para seguridad nacional y actividades de inteligencia.

- Protegeremos sus derechos con respecto a la póliza de su oficina dental acerca de información de salud protegida. Los pacientes tienen derechos con respecta su información de salud protegida. Estos derechos incluyen:

Acceso

Los pacientes pueden revisar y obtener una copia de la información de salud protegida que mantenemos.

Contabilidad

Usted puede pedir cuenta de cualquier revelación que hagamos de información de salud protegida. Esta petición debe ser por escrito y no por un periodo de tiempo que exceda seis anos y no incluye fechas antes de Abril 14, 2003.

Restricción

Usted puede solicitar que limitemos nuestras revelaciones de información de salud protegida. Sin embargo, No estamos bajo restricción a estar de acuerdo con la solicitud si esto impacta nuestra comisión departe de ADA Comisión de Acreditación Directrices y Normas.

Comunicación

Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted acerca de nuestro manejo de información de salud protegida de cierta manera, tiempo o lugar. Su petición debe ser por escrito y nosotros haremos honor a cualquier petición razonable.

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: Doni Bird

**Directora: Programa Educativo Aliado Dental
Santa Rosa Junior College
1501 Mendocino Ave.
Santa Rosa, CA 95401
(707) 522-2828**

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

ENMIENDAS DE EL PACIENTE

Como paciente en la Clínica Dental de Higiene del Colegio de Santa Rosa, usted tiene los siguientes derechos:

- Ser tratado en una forma considerada, respetuosa, y confidencial
- Recibir tratamiento continuo y completo.
- Tener acceso completo y información actual acerca de su condición
- De saber de antemano el costo de su tratamiento
- De recibir consentimiento informado
- De recibir una explicación de tratamiento recomendado, alternativas al tratamiento, y la opción de rehusar tratamiento, los riesgos de no obtener tratamiento, y el resultado esperado de los varios tratamientos.
- De recibir tratamiento que cumple con las normas de cuidado en la profesión.
- De ser tratado por proveedores que modelan buena salud e higiene personal.
- De que toda la información pertinente a su cuidado sea tratada de manera confidencial.