

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

Primero Nombre:	Apellido:	Segundo:	Fecha de Nacimiento: / /
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Cód. Postal:
Núm. de Tel. de Casa:	Núm. de Celular:	Email:	
¿Se considera? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binaria/binario <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Se Niega a contestar <input type="checkbox"/> Otro:			
Nombre de su Dentista:		Teléfono:	
Dirección de su Dentista:		Ciudad:	Estado: Cód. Postal:
Nombre de su Médico:		Teléfono:	
Dirección de su Médico:		Ciudad:	Estado: Cód. Postal:
Contacto de Emergencia:		Teléfono:	Relación:

Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podría n tener una importante relación con la tratamiento que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	Si No	En caso afirmativo, favor de explicar: _____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	Si No	_____
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?	Si No	_____
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?	Si No	lista de medicamentos _____
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	Si No	_____
¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	Si No	_____
¿Sigue una dieta especial?	Si No	_____
¿Usa tabaco (fuma, mastica, vapea)?	Si No	_____
¿Utiliza usted sustancias controladas/ drogas recreativas?	Si No	_____

Mujeres: ¿Está Embarazada/ Intentando quedar embarazada? Toma anticonceptivos orales? Dando Pecho?

Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Anestésicos locales tetraciclina clorhexidina Látex Sulfamida Otros _____

Por favor verifica (✓) alguna de las siguientes condiciones que se aplican a usted:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV Positivo | <input type="checkbox"/> La cortisona Medicina | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Tratamiento de |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> La hepatitis A | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Drogadicción | <input type="checkbox"/> La hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Fácilmente Sin aliento | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsione | <input type="checkbox"/> Ronchas o erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Escarlatina |
| <input type="checkbox"/> Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Hives or Rash | <input type="checkbox"/> Zona de matojos |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sed excesiva | <input type="checkbox"/> La hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayos/vértigo | <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas del seno nasal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Problema respiratorio | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Moretón Fácilmente | <input type="checkbox"/> Herpes Genita | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula mitral | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón/Fracaso | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial/Fiebre Ampollas | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Dolor en la quijada Articulación | <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Congénitas de Corazón Disordera | <input type="checkbox"/> Corazón marcapasos | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problema Enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Trastorno de pánico | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> La ictericia amarilla |
| <input type="checkbox"/> Espectro autista | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> GERD/GI enfermedad |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no está en la lesta de arriba? Si No En caso afirmativo, favor de explicar: _____

Comentarios: _____

POR FAVOR CONTESTE PREGUNTAS EN LA PARTE POSTERIOR



Cuidado Dental:

¿Cuál es su preocupación dental? _____

¿Tiene usted algún dolor dental en este momento? Si No

¿Tiene usted algún implante dental, relleno blanco/resina, o revestimiento en su boca? Si No

¿Cuándo fué su última visita dental? _____ ¿Cuándo fué la última vez que usted tuvo una limpieza dental? _____

Fecha de los últimos rayos-x dentales: _____

¿Tipo de rayos-x: Radiografías mordida de aleta Serie completa de radiografías Panorámico

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con que frecuencia usa hilo dental? _____

¿Qué tipo de pasta de dientes usa usted? _____ ¿Qué tipo de enjuague bucal utiliza y con qué frecuencia? _____

Historia:

Algunos de sus dientes son sensibles al (a lo):

¿Caliente o Frío? Si No

¿Morder/Masticar? Si No

¿Dulce? Si No

Ha tenido:

¿Tratamiento Ortodóntico? Si No

¿Un protector bucal? Si No

¿Tratamiento Periodontal? Si No

¿Cirugía Oral? Si No

¿Lesiones graves a la boca o cabeza? Si No

¿Ronquidos/apnea del sueño? Si No

Habitos:

¿Rechinar? Si No

¿Morderse el cachete? Si No

¿Accionar la lengua hacia el paladar? Si No

¿Respirar por la boca? Si No

¿Bulimia/Anorexia? Si No

¿Fumar cigarrillos? Si No

¿Pipa con tabaco? Si No

¿Morderse las uñas? Si No

¿Tabaco de mascar? Si No

¿Chuparse los dedos? Si No

¿Palillo? Si No

¿Masticar goma de mascar? Si No

¿Uso de mentas/dulces duros? Si No

¿Refrescos? Si No

Otro: _____

A lo mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo cambios médicos dental es Informaré al programa de higiene dental del colegio de Foothill en mi próxima cita sin falta. No haré responsable a la facultad, estudiantes o cualquier persona de la clínica de los errores u omisiones que pudiera haber hecho por completar este formulario.

Firma del Paciente, Padre o Guardián

Fecha

Por favor imprima el nombre del Paciente, Padre o Guardián

Indiqué Relación

INFORMACIÓN GENERAL: La clínica de Higiene Dental de Foothill College es primeramente una clínica de enseñanza, así que los pacientes que reciban cuidado de higiene dental estarán participando en el programa de enseñanza. Los pacientes serán elegidos solo si se consideran adecuados como casos de enseñanza. El tratamiento será proveído por un/una estudiante de higiene dental y será supervisado por miembros de la facultad de Foothill College. El tratamiento bajo supervisión generalmente requiere más tiempo que si fuese hecha una práctica privada. Para los adultos, es posible tener **un mínimo de 2 a 4 citas o más y cada cita es típicamente de 3 a 4 horas** dependiendo de sus necesidades de tratamiento y nivel educativo de los estudiantes en el Programa de Higiene Dental.

La Clínica de Higiene Dental de Foothill College no es un sustituto para una visita a su dentista regular. Los pacientes reciben tratamiento en la Clínica de Higiene Dental de Foothill College una vez al año. Se recomienda que los pacientes reciban tratamiento dental entre visitas al Foothill College. En ciertos casos, se puede rehusar el tratamiento en la clínica de higiene dental hasta que el tratamiento sea proveído por el dentista del paciente.

APLICACIÓN PARA CONVERTIRSE EN PACIENTE: Solo pacientes que su cuidado sea adecuado para propósitos de enseñanza son elegibles para cuidado en la Clínica de Higiene Dental de Foothill College. Los pacientes nuevos requieren una evaluación inicial o cita de asesoramiento para determinar si son elegibles. Los pacientes que no sean elegibles para tratamiento de higiene dental en la clínica de Foothill serán referidos para tratamiento a sus dentistas, a programas de clínicas de escuelas dentales, o, si no tienen dentista, a la sociedad dental local. Algunos pacientes podrán inicialmente calificar para tratamiento y luego, después que la terapia inicial sea completada, no seguirán siendo apropiados como casos de enseñanza; en tal caso, los servicios serán descontinuados y el paciente será referido a su dentista.

CONSENTIMIENTO A PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE DENTAL: Antes de recibir tratamiento, usted deberá preguntar al/la estudiante higienista acerca del/los procedimiento/s que él/ella recomienda que usted sobrelleve, y haga cualquier pregunta que usted tenga antes de decidir si dar su consentimiento para los procedimientos que se harán. Usted tiene derecho de ser informado de cualquier riesgo y complicaciones, el beneficio esperado, y la disponibilidad de métodos de tratamiento alternos. Usted tiene derecho de consentir o rehusar cualquier procedimiento propuesto a cualquier hora antes de que se lleve a cabo.

ACEPTABILIDAD DEL PACIENTE: Las siguientes son condiciones de aceptabilidad del paciente para tratamiento en la Clínica de Higiene Dental:

1. Libre de cualquier condición médica o dental la cual haría el tratamiento peligroso para el paciente u operador,
2. Condiciones orales son aceptables para aprendizaje de estudiante,
3. Interés de paciente en aprender técnicas preventivas de higiene dental,
4. Cooperación del paciente en mantener citas en la clínica a tiempo,
5. El supervisor de la clínica reserva el derecho de rehusar o descontinuar el tratamiento cuando sea indicado.

RAYOS- X: Rayos-x dental serán tomados cuando sean necesarios o apropiados para asesoramiento de higiene dental, examinación dental, diagnosis, consulta, y tratamiento. En ciertos casos, tratamiento en la Clínica de Higiene Dental de Foothill College será rehusado sin rayos-x presentes al corriente.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Los pacientes que reciban tratamiento en la Clínica de Higiene Dental serán cobrados por el tratamiento de acuerdo al horario de precios en efecto. Una estimación de precio será proveída antes de comenzar el tratamiento y los pacientes deberán estar preparados para pagar por los servicios.

RECORDS DENTALES: Los records, rayos-x, fotografías, modelos, y otros materiales relacionados con su tratamiento en la Clínica de Higiene Dental son propiedad de la Clínica de Higiene Dental. Usted tiene derecho a revisar tal material y de pedir copias. En adición, sus records dentales/ médicos podrían ser utilizados para propósitos de instrucción y si lo son, su identidad no será descubierta a individuos no involucrados en su cuidado y tratamiento.

MANTENIENDO SUS CITAS: Se requiere que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Si encuentra que no podrá mantener una cita, usted está de acuerdo de avisar al estudiante higienista o a la secretaria de citas por lo menos 24 horas en anticipo. Un total de DOS cancelaciones sin aviso de 24 horas, DOS citas perdidas, o intentos repetidos sin éxito para arreglar una cita puede ser causa a descontinuar a un paciente de mas tratamiento en la Clínica de Higiene Dental.

Su firma en esta forma certifica que usted a leído y entiende la información proveída en esta forma, que usted a recibido una copia, y que usted acepta cuidado de higiene dental bajo los términos y condiciones descritos.

Firma _____

Fecha _____

Nombre Escrito _____

Si es firmado por otro que el paciente, indique relación _____
(ej. padre/madre/guardián/conservador)

La clínica de Higiene Dental de Foothill College no discrimina contra ninguna persona por su raza, color, origen nacional o étnico, edad, género, religión, orientación sexual, estado civil o discapacidad física / mental.

AVISO DE PRIVACIDAD FEDERAL: Ley Publica 93-579, referida como el Acta de Privacidad Federal, se hizo efectiva Septiembre 27, 1975. Sección 7(b) esta ley requiere que cualquier agencia Federal, Estatal, o local la cual pide a un individuo que revele su Número de Seguro Social deberá informar al individuo si esa revelación es obligatoria o voluntaria, bajo cual estatuto u otra autoridad es solicitada y cuales usos serán echos de ello.

PROGRAMA DE HIGIENE DENTAL Foothill College

AVISO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe como la información acerca de su salud puede ser utilizada y revelada y como puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente. La Privacidad de su información de salud es importante para nosotros.

NUESTRO DEBER POR LEY

La ley federal y estatal nos requiere que mantengamos la privacidad de su información de salud. También se nos requiere que le demos este Aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales, y sus derechos en lo que concierne a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad descritas en este Aviso mientras esté en vigor. Este Aviso entra en vigor el 24 de Abril del 2003, y estará vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso en cualquier momento, siempre y cuando dichos cambios sean permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso sean aplicables a toda la información de salud que mantengamos, incluyendo la información de salud creada o recibida antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este Aviso y tendremos el nuevo Aviso disponible para el que lo solicite.

Ud. puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para mayor información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para obtener copias adicionales de este Aviso, favor de comunicarse con nosotros utilizando la información al final de este Aviso.

USOS Y FORMAS DE REVELAR LA INFORMACION DE SALUD

Usamos y revelamos su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud. Por ejemplo:

Tratamiento: Podemos usar o revelar su información de salud a un médico u otro proveedor de servicios de salud que le esté brindando tratamiento a usted.

Pagos: Podemos usar o revelar su información de salud para obtener pago por los servicios que nosotros le proveemos a usted. **Operaciones de los Cuidados de Salud:** Podemos usar y revelar su información de salud en lo que se relaciona con nuestras operaciones de cuidados de salud. Las operaciones de cuidados de salud incluyen las actividades de evaluación y mejoramiento de la calidad, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de cuidados de salud, la evaluación del rendimiento de los dentistas y proveedores, presentación de programas de formación, o las actividades para la acreditación, certificación, concesión de licencias y credenciales.

Su Autorización: Además de usar su información de salud para el tratamiento, el pago y las operaciones de los cuidados de salud, usted puede darnos su autorización por escrito para usar su información de salud o para revelarla a cualquiera para cualquier propósito. Si Ud. nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o revelación permitida mientras la autorización estuvo vigente. A menos que nos de su autorización por escrito, no podemos ni usar ni revelar su información de salud por ninguna razón excepto aquellas descritas en este Aviso.

Su Familia y sus Amigos: Debemos revelar su información de salud a usted, como esta descrito en la sección de los Derechos del Paciente en este Aviso. Podemos revelar su información de salud a algún familiar, amigo u otra persona hasta el grado necesario para ayudar con sus cuidados de salud o con el pago por los cuidados de salud, pero solo si usted está de acuerdo con que lo hagamos.

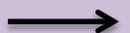
Personas Involucradas en su Cuidado: Podemos usar o revelar la información de salud para notificar, o ayudar en la notificación de (incluyendo en la identificación o localización) un familiar, su representante personal u otra persona responsable por su cuidado, acerca de su localización, su condición general, o su muerte. Si se encuentra presente, entonces, antes de usar o revelar su información de salud, le proveeremos la oportunidad para objetar dichos usos o revelaciones. En el caso de que se encuentre incapacitado o en circunstancias de emergencia, revelaremos su información de salud basándonos en una determinación usando nuestro juicio profesional y revelando solamente aquella información de salud que sea directamente relevante en la participación de la persona en sus cuidados de salud. Usaremos también nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con las prácticas usuales para hacer inferencias razonables acerca de su mejor interés al permitir a una persona recoger sus recetas, equipos médicos, radiografías, u otras formas similares de información de salud.

Mercadeo de Servicios Relacionados a la Salud: No usaremos su información de salud para comunicaciones de mercadeo sin su autorización escrita.

Requerido por Ley: Podemos usar o revelar su información de salud cuando sea requerido por ley.

Abuso o Negligencia: Podemos revelar su información de salud a las autoridades correspondientes si tenemos razones para creer que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o es víctima posible de otros crímenes. Podemos revelar su información de salud hasta el grado necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad o la salud o la seguridad de otros.

POR FAVOR CONTESTE PREGUNTAS EN LA PARTE POSTERIOR



Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a los funcionarios federales autorizados la información de salud requerida para la inteligencia legal, contraespionaje, y otras actividades de la seguridad nacional. Podemos revelar a los funcionarios de una institución penitenciaria o a un oficial de la policía que tenga la custodia legal de información de salud de un presidiario, o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorio de las Citas: Podemos usar o revelar su información de salud para proveerle recordatorios de las citas (tales como mensajes en el buzón de voz, postales, o cartas).

DERECHOS DE LOS PACIENTES

Acceso: Usted tiene derecho a mirar o a obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas, Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato diferente a fotocopias. Usaremos el formato que usted solicite a menos que no sea factible. (Debe someter una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud, Puede obtener un formulario para solicitar acceso usando la información de contacto que aparece al final de este Aviso. Le cobraremos una cantidad razonable basada en el costo de los gastos tales como las copias y el tiempo del personal. Puede también solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$25 por cada historia clínica, más gastos de envío, si quiere que se le envíen las copias por correo. Si solicita un **formato diferente, le cobraremos una** cantidad basada en el costo de proporcionarle su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, le prepararemos, por una cantidad, un resumen o una explicación de su información de salud. Comuníquese con nosotros usando la información listada al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestros honorarios.)

Auditoria de las Revelaciones: Tiene derecho a recibir una lista de los casos en que su información de salud ha sido revelada por nosotros o por nuestros asociados para otros propósitos que no fueron para el tratamiento, el pago, las operaciones de los cuidados de salud y ciertas otras actividades durante los últimos 6 años, pero no antes del 14 de Abril del 2003. Si Ud. solicita esta auditoria más de una vez en un periodo de 12 meses, le podemos cobrar una cantidad razonable basada en el costo de responder a estas solicitudes adicionales.

Restricciones: Tiene derecho a solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o revelación de su información de salud. No se nos requiere que aceptemos estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

Comunicación Alternativa: Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por métodos alternativos o a lugares alternativos. (Debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo, y proveer una explicación satisfactoria de cómo se harán los pagos bajo el método o en el lugar alternativo que haya solicitado.

Enmiendas: Tiene derecho a solicitar que enmendemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser enmendada.) Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso Electrónico: Si recibe este Aviso en nuestro sitio Web o por correo electrónico (email), tiene derecho a recibir este Aviso por escrito.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con nosotros por favor.

Si piensa que hemos violado sus derechos a la privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que hemos tomado acerca del acceso a su información de salud o en respuesta a su solicitud para enmendar o restringir el uso o revelación de su información de salud o para que nos comuniquemos con usted por métodos o a lugares alternativos, puede presentarnos una queja usando la información al final de este Aviso. Puede someter una queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. Le proveeremos la dirección para someter su queja al Departamento de Servicios Sociales y de Salud de EE.UU. si lo solicita.

Respaldamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna clase si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

Contacto: Programa de Higiene Dental Foothill College
12345 El Monte Road, Los Altos Hills, CA 94022
Teléfono: (650) 949-7335 Fax: (650) 947-9788

Su Firma en este formulario certifica que ha leído y entendido este Aviso de las Prácticas de Privacidad.

Firma _____

Fecha _____

Nombre Escrito _____

Si es firmado por otro que el paciente, indique relación _____
(ej. padre/madre/guardián/conservador)

For Office Use Only

Patient was informed of this Notice of Privacy Practices but patient refused to sign.

Rev. 2015