

INFORMACIÓN PERSONAL

Fecha: _____

Nombre: _____ Dirección: _____
 Apellido Nombre(s) de pila Número, Calle

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____ Soltero/a: _____ Casado/a: _____

Correo electrónico: _____ Nombre de esposo/a: _____

En caso de emergencia, llamaremos: _____ Teléfono: _____

Para Menores: Nombre de Padre/Guardián: _____ Fecha de Nacimiento: _____

DENTISTA FAMILIAR: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fecha del último examen dental: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fecha del último examen físico: _____

OTROS MÉDICOS: _____

PARTE I - HISTORIA CLÍNICA

Nuestro propósito es obtener la historia clínica pertinente y esencial para completar el diagnóstico y planificación del tratamiento. Toda la información del paciente es confidencial, y no se dará a saber sin el permiso escrito del paciente.

- A. ¿Cómo describiría usted su salud?** Sano/a Bastante Bien Mal
- B. Está usted bajo el cuidado de un médico?** Sí No
 Si marcó "sí", por favor explique para que le está tratando a usted: _____
- C. ¿Ha habido algún cambio en su salud en el último año?** Sí No
 Si marcó "sí", describa cómo: _____

D. Favor de escoger Sí o No si tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes condiciones: _____

- | Si | No | Si | No | Si | No | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del corazón congénita | 21. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de los pulmones | 41. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque cardiaco-Fecha: _____ | 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis (TB)-Fecha: _____ | 42. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del estómago / intestinos/ulceras |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo cardiaco | 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de aire | 43. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crisis convulsiva/Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática | 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tos frecuente/larga duración | 44. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso valvular mitral | 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sale sangre al toser | 45. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas nerviosos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latido del corazón irregular | 26. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | 46. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina/ Dolor del pecho | 27. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumor o crecimiento | 47. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento para drogas/ alcohol |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cirugía del corazón-Fecha: _____ | 28. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer-Tipo: _____ | 48. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento de Esteroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvula del corazón artificial | 29. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radioterapia | 49. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reuma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos - Fecha: _____ | 30. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quimioterapia | 50. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alta presión arterial | 31. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desórdenes Inmunosupresores | 51. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coyuntura artificial/ Reemplazo protético |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Baja presión arterial | 32. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | el SIDA | 52. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor en las coyunturas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golpe/Derrame cerebral-Fecha: _____ | 33. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Virus de VIH | 53. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangra/fácilmente salen moretones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | 34. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea | 54. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareado/sensación de desmayo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la sangre | 35. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ampolla en los labios | 55. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida o Aumento de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de sangre-Fecha: _____ | 36. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus | 56. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A-B-C, Otro: _____ | 37. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune | 57. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ronchas /Erupción/Salpullido |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad del hígado/Ictericia | 38. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transplante de Órgano | 58. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con el oído |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historia de violencia doméstica | 39. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes - Tipo: I, II | 59. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambios de la vista/visión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asma | 40. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la tiroides | 60. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sinusitis |

Comentarios: _____

- E. ¿Tiene cualquier enfermedad, condición o problema no escrito arriba? Sí No
Si marcó "sí", por favor describa: _____

- F. Haga una lista de todas las cirugías/ visitas al hospital que ha tenido en los últimos 5 años: _____

- G. ¿Ha tenido una reacción rara o alérgica a cualquiera de las siguientes?
 Látex Aspirina Anestésico local
 Penicilina Codeína Otro: _____

- H. Por favor, haga una lista de cualquier medicina o medicamentos que ha tomado dentro de los últimos seis meses (incluya prescripciones, remedios de farmacia, anticonceptivos, pastillas de dieta, remedios caseros, remedios de hierbas, etc.)

- I. Haga una lista de drogas recreativas que ha usado en los últimos seis meses (confidencial):
- J. Por favor liste cualquier producto de tabaco que usted puede haber usado dentro de los últimos seis meses: Tipos (puros, cigarrillos, para mascar, etc.): _____
Cantidad (paquetes/ día, pipas, etc.): _____ ¿Por cuanto tiempo? (meses, años): _____
- K. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma por semana? _____
- L. ¿Lleva lentes de contacto? Sí No
- M. ¿Ha comido algo dentro de las últimas seis horas? Sí No
- N. SOLAMENTE PARA MUJERES: (Indique todo lo que aplique:)
 Embarazada # de meses: _____ Intentando de embarazarse Dando pecho/ Dando de mamar

[USO PARA LA FACULTAD Y ESTUDIANTES:]

COMENTARIOS: _____

PARTE II - HISTORIA DENTAL

- A. ¿Qué tan importante es para usted la apariencia de sus dientes? Muy importante Más o menos importante No es importante
- B. Generalmente, ¿cómo se siente en cuanto a sus visitas/citas dentales previas?
 Tiene miedo, está ansioso/a Tiene un poco de miedo, se siente ansioso/a
 No le molesta Espera la experiencia
- C. ¿Ha tenido problemas de sangrar después de tratamiento dental? Sí No
Si marcó "sí", explique: _____
- D. Dentro de los últimos dos años, ha tenido algunos de los siguientes síntomas?
Si su respuesta es "sí", favor de indicar todos los que le pertenecen:)
 Dientes sensitivos Dolor de la mandíbula Dolor de muelas/dientes Encías dolorosas
 Encías que sangran Dificultad al masticar Pérdida de relleno/empaste Boca seca
 Mal aliento Sensación ardiente Absceso Cara hinchada
 Hinchazón dentro de la boca Aumento de tártaro Dientes amarillentos Dificultad al tragar

Comentarios: _____

E. Cuando se mira dentro de la Boca, ¿sabe reconocer?

	Sí	No
Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. ¿Cuántas veces en los últimos dos años ha tenido una cita dental profesional para cada uno de los siguientes:

_____ Visitas regulares y limpiezas
_____ Radiografías - Tipo: _____ ¿Hace cuánto?: _____
_____ Emergencias dentales
_____ Otro tratamiento dental como rellenos, tratamiento para las encías, coronas, puentes, dentaduras

G. ¿Aprieta o hace rechinar los dientes durante el día o por la noche? Sí No

Si contestó "sí", ¿lleva un "mordillo"? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

H. ¿Le preocupa la apariencia de sus dientes? (Si su respuesta es "sí", favor de indicar todos los que le pertenecen:)

Dientes amarillos/grises Manchas Atestados, chuecos El espacio entre los dientes

Otro _____

I. Indique cuáles de la siguiente lista que usted usa regularmente en casa:

Cepillo de dientes-suave Seda/Hilo dental Enhebrado de seda/hilo dental Polvo limpiador interdental
 Cepillo de dientes-duro Cepillo especial Palillo Cepillo con polvo
 Cepillo de dientes-mediano Pasta dental con fluoruro Enjuague de fluoruro o gel Otro _____
 Irrigador oral Punta de hule Enjuague para la boca
 Adhesivo para dentaduras Limpiador dental Producto para blanquear

J. Indique el tipo de pasta dental que usa:

Con fluoruro Para controlar el tártaro Para las encías Para blanquear Ninguna
 Para protección sensible Bicarbonato de soda Peróxido Beneficio múltiple

K. ¿Aproximadamente cuántas veces por día/por semana se cepilla los dientes o usa seda/hilo dental?

Yo me cepillo los dientes aproximadamente _____ veces por día O _____ por semana

Yo use seda/hilo dental aproximadamente _____ veces por día O _____ por semana

L. ¿Cuánto tiempo dura para cepillarse y usar seda/hilo dental para limpiar sus dientes y encías?

Cepillarse _____ Usar seda/hilo dental _____
(minutos) (minutos)

M. ¿Le es difícil limpiar los dientes por su trabajo/profesión o por otras razones? Sí No

N. ¿Le es difícil limpiar los dientes por alguna de las siguientes condiciones? (Si su respuesta es " sí", favor de indicar todo lo que aplique:)

Llevar el cepillo de dientes Usar seda/hilo dental Cepillarse/Usar seda/hilo por mucho tiempo No ver muy bien

Yo verifico que la información que he dado es exacta y correcta, y consiento en que un estudiante del Programa de Higiene Dental de Rio Salado College haga cualquiera de estos procedimientos para mí o para mi niño/a que sean autorizados por al dentista supervisor a menos que indique algo diferente. (Yo no consideraré al dentista, estudiantes o al personal responsables por errores u omisiones que pueda haber hecho al llenar este formulario.) Yo entiendo que si cualquier cambio ocurre en mi salud, yo debo informar la Clínica de Higiene Dental lo más pronto posible durante mi tratamiento.

Autorización/Release: Autorizo a Rio Salado College que de información incluyendo mis records de cualquier tratamiento o examen que se me haya hecho a mi o alguno de mis hijos durante el periodo de este higiene dental a mi o cualquier doctor u oficina dental.

Firma del Paciente (Padre o Guardián de menores)

Fecha

Firma del Dentista

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento – Higiene Dental

¡Bienvenidos a la Clínica de Higiene Dental de Rio Salado College! Nos complace que usted tenga interés en mejorar su salud dental, y deseamos darle un tratamiento completo. Las políticas de la clínica están aquí para su análisis. Les daría mucho gusto a nuestros empleados explicarle cualquiera de nuestras políticas y contestarán cualquier pregunta que tenga.

Política de la Clínica

Citas: Ésta es una facilidad educativa. Por eso, las citas duran 4 horas. Los estudiantes le darán los servicios bajo la supervisión de dentistas e higienistas titulados y los pacientes deben esperar una serie de citas para completar el tratamiento.

Como cortesía, tratamos de ponernos en contacto con cada paciente para recordarles de la cita. Sin embargo, es la responsabilidad del paciente de llegar a tiempo para la cita. Hay que dar 24 horas de aviso previo si tiene que cambiar una cita, excepto en casos de emergencia. En la Clínica de Higiene Dental de Rio Salado College, no le podremos dar tratamiento si tiene una historia de no presentarse para las citas fijadas.

Es la responsabilidad del paciente o guardián de informar la oficina si hay un cambio de nombre, domicilio y/o número de teléfono.

Puesto que la Clínica de Higiene Dental de Rio Salado College es una facilidad educativa, se recomienda que los individuos que tienen dificultades en leer o hablar inglés provean a un intérprete para cada cita.

Menores: Para los niños menos de 18 años, un padre o guardián legal debe completar la historia médica dental, firmar el Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento y autorizar el tratamiento en la cita inicial y todas las citas futuras. El padre o guardián legal tiene que estar disponible por teléfono si no está presente durante la cita.

Los niños en la sala de espera tienen que ser acompañados y supervisados por un adulto.

Cuidado continuo: Los procedimientos dados en la Clínica de Higiene Dental de Rio Salado College no reemplazan exámenes dentales que debe recibir de su dentista de familia. El Programa de Higiene Dental sugiere que aproveche de los exámenes regulares y otros servicios que su dentista de familia le puede ofrecer.

Cobros y pagos: Le cobrarán emolumentos (honorarios) antes del tratamiento. Estos emolumentos incluyen una limpieza completa, las radiografías que sean necesarias, el fluoruro, otros tratamientos necesarios y una copia de sus radiografías. Se darán las radiografías al paciente a pedido en forma imprimida o digital. No se hacen reembolsos después del tratamiento se ha iniciado. Se requiere que los estudiantes completen el tratamiento en un período de tiempo específico. Si el tratamiento es incompleto o retrasado por citas perdidas o canceladas, se puede aplicar una cuota de tratamiento nueva. Los cambios pueden hacerse a discreción del director del programa.

Seguros dentales: Clientes enviarán sus propios formularios de seguros dentales a su compañía de seguros. Para ayudarlo, su estudiante de higiene dental le dará un formulario del Código de Seguros si se lo pide.

Liberación de radiografías/registros médicos: Los pacientes pueden recibir una copia de sus radiografías o registros médicos por una cuota. Se requiere una autorización escrita. Favor de consultar con la recepción para los detalles. Puede durar hasta 3 días para cumplir con los pedidos.

Práctica para controlar infección: El Programa de Higiene Dental de Rio Salado College practica y realiza políticas actuales para controlar infección en todos los aspectos de cuidado al paciente.

Privacidad del paciente: Rio Salado College se adhiere a normas estrictas para mantener la confidencialidad de los archivos del paciente, incluyendo acceso limitado a los archivos, asegurando la seguridad de los archivos incluyendo información electrónica y la disposición de información en una manera segura.

Política de Rio Salado College: Es la política de Rio Salado College, una parte del Maricopa Community College District, no discriminar debido a sexo, raza, color, orientación sexual, origen nacional, religión, creencia política, edad, incapacitación/desventaja física o por historia de arresto o sentencia/declaración de culpabilidad.

No se permite fumar en los edificios de Rio Salado College.

Autorización

1. Yo permitiré que la facultad de la clínica saque fotos o grabe por video todo o parte de cualquier tratamiento que nos dé a mi hijo o a mí para adelantar la educación de higiene dental sin recibir recompensa financiera.
2. Yo autorizo que los empleados de la Clínica de Higiene Dental de Rio Salado College y los estudiantes que trabajan bajo su supervisión hagan los tratamientos y procedimientos que sean recomendados para salud dental óptima. Estos procedimientos incluirán, pero no serán limitados, a profilaxis, capacitación de salud oral, radiografías y tratamientos de fluoruro. Entiendo que Rio Salado College nos puede negar tratamiento a mi hijo o a mí si declino un tratamiento particular.
3. Yo entiendo que no se me ha dado ninguna garantía con respecto al resultado o una cura.
4. Yo entiendo que, si necesito atención médica debido a una emergencia médica o cualquier otra razón, yo seré la persona responsable para los gastos médicos, incluyendo el transporte por ambulancia y, como resultado, los servicios de higiene dental pueden ser pospuestos.
5. He leído y entiendo este Consentimiento Informado Para Recibir Tratamiento y concuerdo con sus condiciones. He tenido la oportunidad de recibir respuestas a todas mis preguntas.

CARTA DE DERECHOS PARA LOS PACIENTES

El paciente tiene derecho a un cuidado considerado y respetuoso.

El paciente tiene el derecho de obtener completa y corriente información sobre su diagnosis, tratamiento, y prognosis, en términos que pueda entender el paciente.

El paciente tiene el derecho de saber sobre tratamientos alternativos, riesgo de no recibir tratamiento, y resultados expectativos de varios tratamientos.

El paciente tiene el derecho de recibir información necesaria del higienista para que ella/él pueda recibir consentimiento para empezar o proceder con el tratamiento, o en negar cualquier tratamiento.

El paciente tiene el derecho a la continuidad y la finalización del tratamiento dental que cumple con los estándares de atención en la profesión.

El paciente tiene todo el derecho de consideración sobre su privacidad y confidencialidad.

El paciente tiene el derecho de examinar y recibir una explicación sobre el costo del tratamiento dental.

Los pacientes recibirán una copia de esta información. Si usted no recibe una copia del Consentimiento Informado y la Carta de Derechos por favor informe al personal de recepción.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma de paciente (Padre o Guardián de menores): _____