



Consentimiento para Servicios de Higiene Dental

Ubicación de la Comunidad: _____
Grado: _____

Advantage Dental quiere ayudar a mantener a su comunidad saludable y libre de caries. Higienistas dentales de Advantage Dental estarán disponibles en el local durante el año para proveer servicios dentales gratuitos. Estos servicios no reemplazan el cuidado dental regular de un dentista. Si usted tiene seguro dental por medio de Medicaid, el Plan de Salud de Oregon o Healthy Kids, el/la higienista notificará a su plan de los servicios recibidos.

DEBERA LLENAR Y FIRMAR ESTE FORMULARIO PARA MOSTRAR QUE DA SU PERMISO PARA QUE USTED/ SU NIÑO(A) RECIBA CUALQUIERA DE ESTOS SERVICIOS.

Información Paciente

Nombre del Paciente: _____		
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial de Segundo Nombre)
Fecha de Nacimiento del Paciente: _____		Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Lista de medicamentos que está tomando actualmente: _____ _____ Alergia al Yodo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia a los Mariscos (Camaron, cangrejo, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otras alergias (por favor enumere): _____ _____	Historial de: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Consideraciones de Comportamiento (por favor describa): _____ <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa): _____ _____	
Información del Padre/Tutor Legal Si es Aplicable Nombre de Padre/Guardián Legal: _____ Numero de teléfono para localizarlo durante el día: _____ Número de teléfono de amigo o familiar en el que podamos localizarlo en caso de que usted cambie su número de teléfono: _____		

MARQUE SI O NO PARA CADA SERVICIO Y FIRME Y FECHÉ LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO

Si/No

Evaluación de Salud Oral (Revision de Dientes): Un/a higienista con entrenamiento especial revisara la boca para detectar posibles cambios en los dientes que puedan indicar la presencia de caries u otros problemas de salud oral.

Riesgo(s): Podrían existir caries u otros problemas que podrían empeorar si no son descubiertos en una evaluación de salud oral.

Alternativa(s): Elija no ser revisado.

Si/No

Capa de Fluoruro: Una capa delgada temporal es (llamada barniz por dentistas, ¡pero no es pintura!) aplicada a los dientes para hacerlos resistentes a las caries. La capa es segura aunque sea ingerida. No arde, no tiene mal sabor, ni mancha los dientes.

Riesgo(s): Las alergias son raras.

Alternativa(s): Enjuagues de fluoruro diarios o semanales, espuma de fluoruro, o gel de fluoruro aplicado en la oficina de su dentista.

Si/No

Selladores: Un sellador dental es una capa blanca aplicada a la superficie de masticación en los dientes de atrás donde las caries ocurren más a menudo. Los selladores forman una barrera en el diente que mantiene fuera la bacteria y previene las caries. Estos no interfieren con el morder o el masticar.

Riesgo(s): Los selladores solo protegen las superficies de masticación y pueden durar varios años, pero algunas veces necesitan ser reemplazados. El cepillarse todavía es necesario para proteger la boca completa de la caries dental.

Alternativa(s): Fluoruro de plata, o elija que no se le apliquen selladores dentales. El elegir el no usar selladores puede aumentar las probabilidades de desarrollar caries en la superficie de masticación de los dientes.



Si/No

Fluoruro de Plata: El fluoruro con plata se ve como agua pero es muy potente y detiene las caries que son difíciles de detectar. Este es pintado en los dientes con una brocha pequeña y puede sanar la caries dental precoz. Se aplica ; rápidamente, y no duele, ni huele. Las caries que son detenidas o sanadas con fluoruro de plata tornaran a un color café oscuro o negro. Los dientes sin caries no cambiarán de color. Si el color es muy notable, un proveedor dental puede cubrirlo con un material de relleno de color blanco. Quizá no sean necesarios los rellenos para las caries que son sanadas con fluoruro de plata, especialmente en dientes de leche porque estos se caerán cuando salgan los dientes permanentes.

Riesgo(s): Si el fluoruro de plata entra en contacto con la piel causara una pequeña mancha oscura que desaparecerá por si sola dentro de 1-2 semanas. Si entra en contacto con rellenos blancos existentes podría mancharlos.

Alternativa(s): Elija que no se le aplique fluoruro de plata. Esto podría dejar bacteria dañina es sus dientes y aumentar las probabilidades de caries dental. Otra alternativa seria el usar pasta dental con fluoruro regularmente y que le apliquen barniz de fluoruro y selladores en su oficina dental.

Progreso de aplicación de Fluoruro de Plata en un diente con caries Como se ve el Fluoruro de Plata en un diente sin caries



Inicial

24 horas

1 semana

Antes

Después

Si/No

Antiséptico para los Dientes (Yodo): El antiséptico mata la bacteria que causa las caries. Cuando es aplicado antes de la capa de fluoruro, previene muchas más caries que la capa de fluoruro por si sola. La cantidad de yodo usada es menos que la cantidad de yodo en una porción pequeña de camarón o pescado. El yodo es una parte normal de nuestra dieta por medio de la comida y es seguro. No arde, no tiene mal sabor, ni mancha los dientes.

Riesgo(s): Reacciones alérgicas son raras, pero usted no debería recibir este tratamiento si es alérgico(a) a los mariscos.

Alternativa(s): Elija que no se le aplique el yodo. Esto podría dejar bacteria dañina es sus dientes y aumentar las probabilidades de caries dental.

Si/No

Restauración Protectora: Esto es un simple relleno de color del diente que se aplica en la caries para proteger el diente hasta que se pueda hacer un relleno permanente. Este mitiga el dolor y promueve el sanado interno del diente. No requiere inyecciones. No punza, ni tiene mal sabor.

Riesgo(s): Las restauraciones protectoras pueden caerse en parte, pero lo que resta todavía protege el diente.

Alternativa(s): Un relleno o capa regular. Sin cuidado, la caries podría hacerse más grande o tornarse dolorosa.

Su firma indica que se le ha informado de los riesgos y beneficios de tratamiento, sus preguntas han sido respondidas, y que da su consentimiento para el tratamiento indicado arriba.

Como el padre/guardián legal, yo estoy de acuerdo con **todas** las siguientes declaraciones:

- Yo doy mi consentimiento para los servicios dentales con iniciales/indicados arriba de Advantage Dental Clinics y Advantage Dental Group, PC (en conjunto "Advantage Dental"), y/o uno de sus representantes.
- Los resultados de los servicios de higiene dental, incluyendo información de salud personal e información de citas, pueden ser compartidos entre Advantage Dental, el proveedor dental (higienista o dentista del paciente), el sitio comunitario, cualquier aseguradora enumerada, el dentista de registro, y cualquier Organización de Atención Coordinada, y/o la Organización de Atención Dental de registro para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
- Se me ha dado una copia del "Aviso de Practicas de Privacidad" y Notificación de Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en ingles).
- Este consentimiento se mantendrá activo por **24 meses** al menos que sea revocado por escrito o al llamar a un representante de Advantage Dental.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____

RESUMEN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Nuestras Responsabilidades: Por ley se nos requiere proteger la privacidad de su información de salud, proveer este aviso de nuestras prácticas de privacidad, seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso, y garantizar su acuse de recibo de la presente notificación. Podremos hacer cambios a nuestras pólizas de privacidad en cualquier momento y notificarle de cualquier cambio significativo. Usted también puede solicitar una copia de nuestro aviso completo en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras pólizas de privacidad, comuníquese con nosotros al 1-866-268-9631.

Como podríamos usar y divulgar su información de salud: Nosotros usamos su información de salud para tratamiento, para recibir pago por tratamiento, para propósitos administrativos, y para evaluar la calidad de la atención que usted recibe. Por ejemplo, su información de salud podría ser compartida con otros proveedores a quienes usted sea referido(a). La información podría ser compartida a través de papel, correo, correo electrónico, fax, u otros métodos permitidos por ley. Podríamos usar o divulgar su información de salud sin su autorización por varias razones incluyendo divulgaciones requeridas por ley y avisos a agencias de Salud Pública. Si divulgamos su información por cualquier otra razón, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud. Si usted firma una autorización para divulgar información, la puede revocar para detener cualquier uso o divulgación futuro.

Sus Derechos: En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de ver o recibir una copia de su información de salud que usamos para tomar decisiones acerca de usted. Usted también tiene el derecho de solicitar una lista de ciertos tipos de divulgaciones de su información que hemos hecho. Si usted cree que su información de salud esta incorrecta o falta información, usted tiene el derecho de solicitar que corriamos la información existente o que se añada la información que falta. Usted también tiene el derecho de solicitar restricciones o limitaciones en como usamos o divulgamos su información medica y el derecho de solicitar confidencialidad o comunicaciones alternativas.

Quejas de Privacidad: Si usted está preocupado(a) de que hemos violado sus derechos de privacidad, nuestras pólizas de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que hicimos acerca del acceso a su información de salud, se puede comunicar con nosotros al 1-866-268-9631.

También puede mandar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Nosotros podemos proporcionarle con la dirección apropiada a petición.

Resumen de Prácticas de Privacidad: Este documento representa un resumen de las Prácticas de Privacidad. El Aviso de Prácticas de Privacidad completo se suministrará a petición.