

Estimado paciente: Somos una clínica sin fines de lucro que proporciona servicios de salud de bajo costo en función de una escala de tarifas variable. Los costos de las consultas de los pacientes se determinan mediante una escala de tarifas variables que se calcula en función de los ingresos y el número de personas del hogar. Este consultorio atiende a todos los pacientes, independientemente de que no se encuentren en capacidad de pagar. Debido a los nuevos reglamentos sobre informes, ahora se requiere la siguiente información de cada paciente. Tenga en cuenta que toda la información es confidencial. Agradecemos su cooperación con estos nuevos requisitos de información; necesitaremos recopilar esta información anualmente.

Información del paciente:

Fecha de hoy: _____

Apellido: _____

Nombre: _____ **Inicial del segundo nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono particular: _____ **Teléfono celular:** _____

Dirección de correo electrónico: _____ **Sexo:** _____ **Nro. de Seguro Social:** _____

Vivienda: (marque una casilla)

<input type="checkbox"/> Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares)	<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo)	<input type="checkbox"/> Residencia permanente (propia, departamento/habitación/casa en alquiler)
<input type="checkbox"/> Transitoria (centro, comunidad, hogar)	<input type="checkbox"/> Callejera (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado)	<input type="checkbox"/> Vivienda pública (HUD [Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano], Sección 8)
<input type="checkbox"/> Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)		

Origen étnico: (marque una opción) **Hispanico:** Sí No

Raza: (Marque todas las opciones que correspondan)

- Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático Caucásico
 Nativo de Hawái Negro o afroamericano Nativo de las islas del Pacífico
 Prefiero no responder

Identidad de género:

- Masculino Transexual masculino/femenino a masculino Otro
 Femenino Transexual femenino/masculino a femenino Prefiero no responder

Orientación sexual:

- Heterosexual Bisexual No sabe
 Homosexual Otra Prefiero no responder

Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

Información del cónyuge o padres/tutores (si corresponde):

Apellido: _____ **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Teléfono del trabajo: _____ **Teléfono celular:** _____



Idioma principal: _____

Seguro de salud: (marque una opción) Medicare Medi-Cal Ninguno
 Otro _____

Información para la escala de tarifas variable

Número de personas en el hogar: _____ **Ingreso familiar semanal:** _____

Nombre del empleador: _____

Empleo actual: _____

(Marque si corresponde): Trabajador de temporada Trabajador migratorio Veterano

Cantidad de hijos (si corresponde): _____

Marque la casilla que describa mejor el estado de salud de sus hijos:

EXCELENTE BUENO REGULAR DEFICIENTE

Contacto de emergencia:

Apellido: _____

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Número de teléfono: _____

En casos de emergencia, Hurt Family Health Clinic le proveerá su historia clínica a un hospital u otra institución médica si usted no puede tomar decisiones médicas por cuenta propia.

Si usted **no** desea que su historia clínica se envíe en su nombre, marque esta casilla:

En casos de emergencia, **no** deseo que mi historia clínica se envíe en mi nombre.

Historia Clínica Inicial

Síntomas actuales: Marque todos los síntomas que tenga actualmente. Si no tiene ninguno, marque esta casilla: Ninguno

<p>General</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input type="checkbox"/> Pérdida o aumento de peso inesperados 	<p>Salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Preocupación extrema <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Problemas para pensar o concentrarse 	<p>Micción</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Micción frecuente durante el día (más de 6 veces al día) <input type="checkbox"/> Problemas para contener la orina o incontinencia <input type="checkbox"/> Dolor o ardor <input type="checkbox"/> Problemas para empezar o dejar de orinar <input type="checkbox"/> Despertarse para orinar más de 1 vez a la noche
<p>Sangre/Sistema linfático</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas 	<p>Sistema nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas para caminar <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desmayos o episodios de pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Problemas de memoria <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Sacudidas <input type="checkbox"/> Problemas del habla <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Debilidad 	<p>Sistema reproductor</p> <p>Mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado o manchado entre períodos <input type="checkbox"/> Períodos abundantes o dolorosos <input type="checkbox"/> Períodos irregulares <input type="checkbox"/> Secreción vaginal <p>Hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Problemas de próstata <input type="checkbox"/> Dolor o inflamación del escroto
<p>Huesos, articulaciones, músculos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> Dolor de cuello <input type="checkbox"/> Articulaciones inflamadas, enrojecidas o dolorosas 	<p>Piel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hemorragias o hematomas a partir de lesiones menores <input type="checkbox"/> Cambios en el cabello o las uñas <input type="checkbox"/> Cambios en los lunares <input type="checkbox"/> Sequedad <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Erupciones 	<p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____
<p>Cabeza, ojos, nariz y garganta</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor de oídos <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición <input type="checkbox"/> Ronquera <input type="checkbox"/> Hemorragia nasal <input type="checkbox"/> Zumbidos en los oídos <input type="checkbox"/> Problemas sinusales <input type="checkbox"/> Úlceras o irritación en la boca o la garganta <input type="checkbox"/> Problemas de los dientes o las encías <input type="checkbox"/> Problemas de visión 	<p>Estómago e intestinos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Heces negras <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Sangre en las heces fecales <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dificultad o dolor al tragar <input type="checkbox"/> Acidez o indigestión <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Dolor rectal <input type="checkbox"/> Vómitos 	
<p>Corazón y circulación</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dolor o presión en el pecho <input type="checkbox"/> Latidos del corazón rápidos o irregulares <input type="checkbox"/> Dolor en las piernas al caminar <input type="checkbox"/> Hinchazón de los pies o los tobillos 		
<p>Pulmones</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tos con sangre <input type="checkbox"/> Falta de aire en reposo <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar al estar recostado <input type="checkbox"/> Falta de aire inesperada al realizar actividades <input type="checkbox"/> Silbidos al respirar 		

Historia Clínica Inicial
Afecciones presentes y pasadas: ¿Ha sufrido alguna de las siguientes afecciones?

 En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente. Si no ha sufrido ninguna, marque esta casilla: Ninguna

Huesos y articulaciones	Presente	Pasado
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura o rotura de huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis o adelgazamiento de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza, oídos, ojos, nariz y garganta	Presente	Pasado
Cataratas o glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas auditivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón y circulación	Presente	Pasado
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coágulos sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón y vejiga	Presente	Pasado
Problemas de los genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas del riñón o la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pulmones	Presente	Pasado
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema, enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema nervioso y comportamiento	Presente	Pasado
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismo craneal, conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	Presente	Pasado
Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estómago e intestinos	Presente	Pasado
Problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis u otra enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras gástricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	Presente	Pasado
Niveles anormales de azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o resultado positivo en pruebas de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (incluida durante el embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la glándula tiroides o bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasplante (indique de qué tipo): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis o resultado positivo en pruebas de TB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (explique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluación de depresión:

1. ¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado durante el último mes? SÍ NO
2. ¿Ha sentido poco interés o agrado al hacer cosas durante el último mes? SÍ NO

Declaración de estado de salud actual:

1. Marque la casilla que describa mejor su estado de salud actual:
 EXCELENTE BUENO REGULAR DEFICIENTE

2. ¿Toma algún medicamento de venta con receta habitualmente? SÍ NO
Si la respuesta es sí, explique: _____

3. ¿Toma algún medicamento de venta sin receta, hierbas o suplementos habitualmente?
 SÍ NO
Si la respuesta es sí, explique: _____

4. ¿Sufre de alergias ambientales o a algún medicamento o alimento? SÍ NO
Si la respuesta es sí, explique: _____

5. ¿Realiza ejercicio de forma regular? SÍ NO
Si la respuesta es sí, indique con qué frecuencia: _____

6. ¿Está experimentando dolor oral actualmente? SÍ NO
Si la respuesta es sí, explique: _____

7. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? SÍ NO
Si la respuesta es sí, explique: _____

8. ¿Ha tenido cirugías? SÍ NO
Si la respuesta es sí, explique: _____

9. ¿Fuma, bebe o consume drogas recreativas? SÍ NO
Si la respuesta es sí, indique en qué cantidad y con qué frecuencia para cada una:

10. Fecha del último examen físico: _____
11. Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____
12. Fecha de la última colonoscopia: _____
13. Fecha del último examen de Papanicolaou: _____
14. Fecha de la última prueba de TB: _____
15. Fecha de la última mamografía: _____
16. Fecha de la última visita al dentista: _____

PAQUETE DE REGISTRO

Antecedentes familiares: ¿Ha sufrido alguna vez algún miembro de su familia directa alguno de los siguientes problemas? Marque todas las opciones que correspondan. Si no ha sufrido ninguno, marque esta casilla: Ninguno

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/intestinales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

Vacunas: Indique si ha recibido alguna de las siguientes vacunas:

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> BCG (Vacuna contra la tuberculosis) | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Sarampión, paperas, rubeola |
| <input type="checkbox"/> Varicela | | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Cólera | | <input type="checkbox"/> Viruela |
| <input type="checkbox"/> Difteria | | <input type="checkbox"/> Tétanos |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | | <input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | | <input type="checkbox"/> Tifus |
| Si la respuesta es sí, ¿se completó una serie de 3 inyecciones? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla |
| | | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

Es política de Hurt Family Health Clinic realizar una prueba de VIH, a menos que decida no someterse a ella. Si desea **no** someterse a la prueba, marque esta casilla:

No deseo someterme a la prueba de VIH

Antecedentes ginecológicos: (Si es hombre continúe en la sección "Antecedentes sexuales")

- ¿Continúa menstruando? SÍ NO
Si la respuesta es no, explique: _____
- Si se ha sometido a una histerectomía, ¿se le han extirpado los ovarios? SÍ NO NO SÉ
- ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
- ¿Cuántos niños ha dado a luz? _____
- ¿Está embarazada o intentando quedar embarazada actualmente? SÍ NO NO SÉ

Antecedentes sexuales:

- ¿Qué método anticonceptivo utiliza actualmente?
 No soy sexualmente activo/a Pareja del mismo sexo He pasado la menopausia
 No utilizo ningún método anticonceptivo
 Otro _____
- ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades de transmisión sexual?
 Clamidia Sífilis Trichomonas EIP/Infección pélvica No lo sé
 Gonorrea Herpes Verrugas genitales Ninguna

*** OPCIONAL: Estilo de vida y salud:**

1. En el último año, ¿con qué frecuencia se ha saltado comidas o ha comido menos de lo que sabe que debería comer debido a que no contaba con alimentos o dinero suficiente para comprarlos?

- Nunca Mensualmente Todos los días o casi todos los días
 Menos de una vez al mes Semanalmente

2. ¿Tiene problemas para llevar a cabo sus actividades diarias (comprar alimentos, arreglos de transporte)?

- SÍ NO

Si la respuesta es sí, explique: _____

3. ¿Se encuentra bajo tensiones específicas? SÍ NO

Si la respuesta es sí, explique: _____

4. ¿Es su atención médica una carga financiera para usted? SÍ NO

*** OPCIONAL: Educación sobre la salud:**

1. ¿Desea recibir información por escrito acerca de algún tema relacionado con la salud? SÍ NO

Si la respuesta es sí, indique sobre qué tema: _____

2. ¿Cómo le gustaría informarse?

- Visualmente (imágenes/videos)
 Verbalmente (escuchando a personas, grabaciones)
 Interactivamente (práctica)

3. ¿Tiene valores o creencias que debamos considerar al planificar su atención? (p. ej., culturales o religiosas)

- SÍ NO

Si la respuesta es sí, explique: _____

He recibido, leído y aceptado los términos y condiciones adjuntos del paquete de registro y declaro haber completado la información incluida, en la medida de mis capacidades.

El paquete de registro incluye los siguientes documentos:

- **Autorización para Tratamiento**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**
- **Declaración de Derechos del Paciente**
- **Responsabilidades del Paciente**
- **Consentimientos adicionales**
- **Información odontológica**

Firma (Paciente o persona autorizada)	Fecha	Relación, si no es el paciente

**SOLICITUD DE APLICACIÓN DE ESCALA DE CARGOS
PROGRESIVA (SLIDING FEE APPLICATION)**

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número del Seguro Social: _____

Favor de verificar esta casilla y firmar esta solicitud, si no desea ser examinado para determinar si califica para ingresar al programa de descuentos según la escala de cargos progresiva (Sliding Fee Discount Program), y voluntariamente **renuncia** a participar en el mismo. Al marcar esta casilla, estará reconociendo que en caso de que un servicio prestado no esté cubierto por su seguro, usted será responsable del pago, en su totalidad, de los cargos relacionados con su consulta.

Renuncio a beneficiarme del programa de descuentos según la escala de cargos progresiva (Sliding Fee Scale Discount Program) y acepto plenamente la declaración que antecede.

La presente solicitud requiere que el paciente informe acerca del tamaño e ingresos de su familia. Para completar su solicitud, favor de facilitar a su representante de servicios a los pacientes la siguiente documentación de respaldo:

Tarjeta de identidad emitida por el gobierno del jefe de la familia; los documentos aceptados incluyen:

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir o tarjeta de identidad de CA | <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad consular (CID) | <input type="checkbox"/> Pasaporte |
|--|--|------------------------------------|

Prueba de dirección con el nombre y la dirección del jefe de la familia; los documentos aceptados incluyen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Factura de la electricidad | <input type="checkbox"/> Factura del teléfono residencial | <input type="checkbox"/> Registro o seguro del automóvil |
| <input type="checkbox"/> Recibo del alquiler | <input type="checkbox"/> Contrato de alquiler | |

Prueba de ingresos para calcular el ingreso bruto anual. Los documentos aceptados incluyen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Talones de pago | <input type="checkbox"/> Ingresos en el extranjero | <input type="checkbox"/> Estados de cuenta bancarios |
| <input type="checkbox"/> Declaración del impuesto sobre la renta federal/estatal | <input type="checkbox"/> Documentación de ingresos para trabajadores independientes (profesionales, por ejemplo) | <input type="checkbox"/> Declaración de dificultad financiera permanente |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de sueldos recibidos y retención de impuestos (W-2) | | <input type="checkbox"/> Declaración patronal (firmada por el empleador) |

Cantidad de miembros de la familia: _____

La cantidad total de miembros de una familia incluye los parientes inmediatos cohabitantes en una misma vivienda (por ejemplo, la madre, el padre, los hijos) además de cualquier persona que viva en la casa y contribuya a cubrir los gastos de la familia.

Total de ingresos anuales de la familia: \$ _____

El total de ingresos incluye todos los sueldos, las pensiones del Seguro Social, las prestaciones por desempleo, las pensiones alimenticias, así como las pensiones laborales.

Firma: _____

Fecha: _____

Permiso para divulgar información

Tal como lo estipula la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act), usted tiene el derecho de solicitar que las comunicaciones relativas a su información personal de salud se realicen mediante canales confidenciales. Si solicita recibir comunicaciones confidenciales sobre su información personal de salud a través de medios alternativos, debe proporcionar una dirección alternativa u otro medio para contactarlo. ***Debe proporcionar algún medio de contacto.***

Hurt Family Health Clinic no le preguntará el motivo de su solicitud, y haremos lo posible para adaptarnos a todas las solicitudes razonables.

Hurt Family Health Clinic también utiliza entidades externas para divulgar cierta información personal de salud, como en la coordinación de historias clínicas por parte de terceros, los intercambios de información de salud (health information exchanges, HIE) con hospitales y proveedores médicos locales y el portal para pacientes.

Esta solicitud prevalece sobre cualquier otra solicitud previa para la comunicación de información enviada antes de la fecha que se indica a continuación.

Autorización extendida

Enumere las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud (a excepción de la información que está protegida por las leyes estatales y federales), como su cónyuge, su cuidador u otro familiar:

Nombre (nombre y apellido)

Relación

Restricciones sobre los medios de comunicación

Podemos comunicarnos con usted mediante correo postal, correo electrónico seguro y teléfono, lo que comprende dejar mensajes en su contestador automático o correo de voz. Indique a continuación los medios por los cuales **NO** desea recibir comunicaciones:

- No deseo recibir llamadas en estos números de teléfono: _____
- No deseo recibir mensajes ni correos de voz en estos números de teléfono: _____
- No deseo recibir correos en las siguientes direcciones: _____
- Coordinación de historias clínicas por parte de terceros
- Intercambio de información médica (HIE)
- Portal para pacientes
- Otros (especifique): _____

Firma del paciente/persona responsable

Fecha

Nombre del paciente/persona responsable (en letra de molde)

Relación con el paciente

Autorización para Tratamiento Médico (Menor)

Nombre del Menor: _____

Dirección de la casa: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Información Médica

Nombre de Médico de Atención Primaria: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Proveedor de seguro médico: _____ Número de póliza: _____

Alergias a los medicamentos: _____

Condiciones médicas para las cuales el menor está recibiendo tratamiento::

Medicamentos con receta que el menor este tomando:

Otra información médica relevante:

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PADRE (S) O TUTOR LEGAL (S) Como custodio del menor antes mencionado, yo, _____(nombre), doy autorización y consentimiento para el adulto designado, _____(nombre), para administrar atención médica de rutina, primeros auxilios o tratamiento general para lesiones menores o enfermedades. Si la lesión o enfermedad es grave, yo le autorizo a buscar el personal de emergencia para asistir, el transporte, y el trato del menor y emitir el consentimiento para cualquier cuidado médico considere aconsejable por una institución médica o profesional con licencia. Yo autorizo al adulto designado para ejercer mejor juicio sobre el consejo del personal médico o de emergencia.

Fecha de vigencia: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

REQUISITOS PARA REGISTRARSE EN LA CLÍNICA✓ **Identificación**

Las formas de identificación aceptadas incluyen: Licencia de conducir, identificación de California, pasaporte, tarjeta de residencia, identificación escolar, etc.

✓ **Su tarjeta del seguro**

El registro en la clínica no tiene NINGÚN COSTO. Si no tiene ninguna cobertura de seguro médico/de salud, tenga en cuenta que deberá pagar en efectivo o con cheque cada visita a proveedores y todos los exámenes de laboratorio. Si tiene copagos, tenga en cuenta que deberá pagar en efectivo, con cheque o crédito cada visita a proveedores y todos los exámenes de laboratorio.

MATERIALES DE INFORMACIÓN:

Para todos los pacientes de Hurtt Family Health Clinic:

- **Autorización para Tratamiento**
- **Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**
- **Declaración de Derechos del Paciente**
- **Responsabilidades del Paciente**
- **Consentimientos adicionales**
- **Información odontológica**

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

La atención médica es un servicio de atención al paciente que se proporciona en respuesta a una amplia gama de necesidades de asistencia médica de pacientes de todas las edades, sin distinción de género, color, raza, credo, origen nacional o discapacidad, cinco días a la semana.

La finalidad de la atención médica es:

- Tratar enfermedades, lesiones o discapacidades mediante exámenes, pruebas y el uso de procedimientos, según sea necesario, para facilitar el diagnóstico y el tratamiento.
- Obtener la información necesaria para diagnosticar y examinar a los pacientes.
- Prevenir o minimizar la discapacidad residual física y mental.
- Ayudar a los pacientes a alcanzar su potencial máximo dentro de sus capacidades.
- Acelerar la convalecencia y reducir la duración de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos se le explicarán en detalle antes de solicitarle que se los realice. Se espera que usted coopere plenamente en los exámenes y que detenga toda prueba o tratamiento antes de experimentar aumentos en su nivel de dolor o malestar actual. Existen ciertos riesgos inherentes a la atención médica. Si tiene alguna inquietud acerca de los tratamientos recomendados descritos por su proveedor, hágaselas saber antes de la realización del examen o procedimiento. El médico o proveedor a cargo tomarán todas las precauciones necesarias para garantizar que esté protegido de situaciones potencialmente peligrosas. Nunca se lo obligará a someterse a procedimientos a los cuales no desee someterse. En base a la información citada anteriormente, usted acepta cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de atención médica y cumplir con el plan de atención tal como está establecido.

***Notificación a los pacientes**

Por su seguridad personal, no utilice ningún equipo sin la presencia de un miembro del personal.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso describe la manera en que se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede tener acceso a ella. Por favor, léalo detenidamente.

Usos y divulgaciones:

1. **TRATAMIENTO:** Utilizaremos y divulgaremos su información para proveer, coordinar y administrar su atención médica y todo servicio relacionado. Esto podría incluir la coordinación y la administración de su atención médica con terceros. Por ejemplo, podríamos divulgar su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde atención. Otro ejemplo incluye el suministro de información a los médicos a los cuales se lo haya derivado para garantizar que cuente con la información correcta para su diagnóstico.
2. **PAGO:** Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, es posible que la obtención de autorización para una hospitalización requiera que se divulgue su información al plan de salud para obtener la autorización para el ingreso hospitalario.
3. **TAREAS OPERATIVAS DE ATENCIÓN MÉDICA:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para facilitar la realización de las actividades comerciales del consultorio de su médico. Estas actividades incluyen, a mero título enunciativo, actividades de evaluación de la calidad, de evaluación de los empleados, formación de estudiantes de medicina, acreditación y la realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a los estudiantes de escuelas de medicina que atienden pacientes en nuestro consultorio. Asimismo, podemos utilizar una hoja de registro en el mostrador de admisión en donde se le pedirá que indique quién es su médico. También podemos llamarlo por su nombre en las salas de espera y comunicarnos con usted para recordarle sus citas.
4. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida sin su autorización en las siguientes situaciones: según lo exija la ley, asuntos de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration), procedimientos judiciales, aplicación de la ley, jueces de instrucción, directores de funerarias, y para la donación de órganos, investigación, actividades criminales y militares, seguridad nacional, compensación a los trabajadores, reclusos. Usos y divulgaciones requeridos: La ley nos exige que le revelemos su información a usted y a la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health & Human Services) cuando así lo requiera para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la Sección 164.500.
5. Todos los demás usos y divulgaciones permitidos y requeridos se realizarán ÚNICAMENTE con su consentimiento o autorización por escrito o la oportunidad de oponerse, a menos que los EXIJA la LEY. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, salvo en la medida en que su médico o el consultorio médico hayan actuado en conformidad con el uso o la divulgación que se indican en la autorización.

Por el presente, doy mi consentimiento para la utilización y la divulgación de toda la información médica sobre mí o mis hijos menores de edad, para los usos permitidos por la ley, incluidos los siguientes propósitos:

1. Revisión por parte de doctores, hospitales, otros proveedores de servicios de la salud y su personal que nos atienden.
2. Revisión por parte de aseguradores, administradores y otros que puedan pagar los costos de nuestro tratamiento.
3. Revisión por parte de autoridades de servicios de salud cuando así lo requieran estatutos, reglamentos o el deber profesional.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

Como paciente de Hurtt Family Health Clinic, usted tiene el derecho, de conformidad con la ley de California, de:

1. Comprender y utilizar estos derechos. Si por algún motivo necesita ayuda al respecto, le brindaremos asistencia.
2. Recibir tratamiento sin discriminación de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad u orientación sexual.
3. Recibir atención con consideración y respeto en un entorno limpio y seguro.
4. Estar informado acerca del nombre y el puesto del proveedor de servicios de la salud que estará a cargo de su atención.
5. Conocer el nombre, el puesto y la función de todo el personal involucrado en su atención y tener la posibilidad de rehusarse a recibir su tratamiento, exámenes u observación.
6. Recibir atención en un ambiente donde no se fume.
7. Privacidad y confidencialidad de toda la información y todos los registros relacionados con su atención.
8. Participar en todas las decisiones acerca de su tratamiento.
9. Rehusarse a recibir tratamiento, exámenes u observación y que se le expliquen los efectos que esto podría tener en su salud.
10. Obtener una copia de su historia clínica dentro de un período de tiempo razonable.
11. Rehusarse a participar en investigaciones. Al decidir si desea participar o no, tiene derecho a recibir una explicación detallada.
12. Recibir toda la información que necesite para dar su consentimiento informado para la realización de cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información debe incluir los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
13. Recibir atención de urgencia en caso de necesitarla.
14. Quejarse, sin temor a sufrir represalias, de la atención y los servicios que recibe y obtener una respuesta de Hurtt Family Health Clinic y, si usted así lo requiriera, obtener una respuesta por escrito. Si usted no está satisfecho con la respuesta, Hurtt Family Health Clinic debe brindarle los números telefónicos de médicos alternativos de manera que pueda transferir su atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El personal de Hurtt Family Health Clinic se esfuerza por proporcionarle a usted, el paciente, la mejor atención posible. A continuación se describen algunas cosas que usted puede hacer para ayudarnos a alcanzar esa meta:

1. Llegar a tiempo a sus citas programadas. En caso de no poder asistir a una cita, por favor llame con 24 horas de anticipación para cancelar o volver a programar su cita. Si llega tarde a su cita programada, es posible que se le solicite que espere a la próxima cita disponible o que vuelva a programar su cita.
2. Brindarle a su proveedor de servicios de la salud toda la información necesaria para determinar el mejor tratamiento para usted; completar los formularios en su totalidad y con precisión.
3. Proporcionar información de contacto correcta y completa.
4. Ser abierto y honesto con su proveedor de servicios de la salud.
5. Comunicarse con su proveedor de servicios de la salud de inmediato si su afección empeora o no sigue el curso previsto.
6. Consultar a su proveedor con suficiente antelación antes de que se le termine su suministro de medicamentos actual.
7. Utilizar los medicamentos con receta y de venta libre siguiendo las indicaciones que se le hayan dado. No debe compartir nunca los medicamentos que se le hayan recetado con otras personas.
8. Tratar a los demás pacientes de Family Health Clinic con la misma cortesía y el mismo respeto que esperaría de ellos. Por favor, respete el derecho de privacidad de los demás de la misma manera en la que solicitaría que se respete el suyo propio.
9. Asista a sus citas sobrio y preparado. Si usted asiste o se presenta bajo la influencia de cualquier sustancia ilícita, se le puede solicitar que se retire y vuelva a programar su cita para otro día.

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES***DOCUMENTOS LEGALES APLICABLES A MENORES***

Para todos los pacientes menores (menores de 18 años de edad), se les solicitará a los tutores legales que presenten documentación que demuestre que existe una relación legal. Esto es tanto para la seguridad del niño como para la del tutor, y también para garantizar que el padre o tutor designado legalmente sea responsable de tomar decisiones médicas en nombre del menor. Se requieren los documentos legales aplicables correspondientes a custodia, divorcio, separación, adopción, o cambio de nombre de un padre o niño.

Todos los menores deben tener un certificado de nacimiento registrado para poder ver a un proveedor.

TUTELA LIMITADA

La tutela limitada es para adultos con trastornos del desarrollo que no pueden tomar decisiones médicas por su cuenta. Si un paciente no puede tomar decisiones médicas por su cuenta debido a un trastorno del desarrollo, se requerirá la documentación legal que designe al tutor. Se debe presentar la constancia de tutela al momento del registro y es un requisito para que un proveedor pueda ver al paciente. La documentación debe incluir el derecho del tutor de dar su consentimiento para el tratamiento médico en nombre del paciente.

INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA (AHCD, por sus siglas en inglés)

Las AHCD son una manera de hacer saber su voluntad en el caso de que no pueda hablar por sí mismo o prefiera que otra persona hable en su nombre. Las AHCD pueden servir para una o ambas de estas funciones:

- Poder para la Atención Médica (para designar a un representante)
- Instrucciones para la Atención Médica (para indicar su voluntad)

Si desea completar AHCD u obtener información adicional, comuníquese a su representante de Servicios al Paciente y se le proporcionará un paquete de AHCD y una hoja de preguntas frecuentes.

Si actualmente ya tiene AHCD, proporcione una copia para que se incluya en su historia clínica lo antes posible.

DATOS SOBRE LOS EMPASTES

Hoja Informativa sobre Materiales Dentales

¿Y qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)?

La salud del paciente y la seguridad de los procedimientos dentales son las metas principales de la profesión dental de California y del la Junta Dental de California (Dental Board of California). El propósito de esta hoja informativa es proporcionarle a Ud. información en cuanto a los riesgos y beneficios de todos los materiales utilizados en la restauración (el empastar o rellenar) de los dientes.

A la Junta Dental de California se le exige por ley* poner a la disposición de todo dentista legalmente aprobado en el estado de California esta hoja informativa sobre materiales dentales. Su dentista, a su vez, debe proveer la hoja informativa a cada paciente nuevo y a los pacientes actuales sólo una vez antes de empezar cualquier procedimiento restaurativo de dientes.

Como padre/tutor del paciente, se le sugiere altamente hablar con su dentista sobre los datos presentados concernientes a los materiales siendo considerados para su propia condición dental.

*[Business and Professions Code 1648.10-1648.20](#)

Reacciones Alérgicas Contra Materiales Dentales

Algunos componentes de los empastes pueden tener efectos secundarios o causar reacciones alérgicas, al igual que otros materiales con que nos encontramos diariamente. Los riesgos de tales reacciones son muy bajos para todo tipo de material de empaste. Estas reacciones pueden ser causadas por componentes específicos de los empastes tal como mercurio, níquel, cromo, y/o aleaciones de berilo. Por lo general, una alergia aparece en forma de piel irritada y se puede corregir fácilmente cuando el individuo no está en contacto con el material.

No existen casos documentados de reacciones alérgicas contra resina compuesta, vidrio ionomérico, resina ionomérica, o porcelana. Sin embargo, se han reportado reacciones contra amalgama dental, porcelana fundida a metal, aleaciones de oro, y aleaciones de cromo con níquel o cobalto pero estos casos no son típicos.

Si Ud. padece de alergias, hable con su dentista sobre estos problemas potenciales antes de que se escoja un material para empastar.

La Toxicidad de Materiales Dentales

La Amalgama Dental

El mercurio en su forma elemental está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan intoxicación reproductiva. El mercurio podría dañar al cerebro en desarrollo de un niño o feto.

La amalgama dental se hace al mezclar el mercurio elemental (43-54%) y una aleación en polvo (46-57%) compuesta principalmente de plata, estaño, y cobre. Por esta razón se han discutido los riesgos del mercurio en la amalgama dental. El mercurio se emite en cantidades muy pequeñas de vapor. Esto ha provocado algunas inquietudes en cuanto a la posibilidad de intoxicación. La investigación científica sobre la seguridad de la amalgama dental continúa. Según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hay poca evidencia que la salud de la mayoría de la población sea afectada por amalgama. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y otras organizaciones públicas de salud han investigado la seguridad de la amalgama usada para empastar dientes. La conclusión: ninguna evidencia científica ha mostrado que amalgamas causan daño a pacientes con restauraciones dentales, excepto en casos raros de

alergia. La Organización Mundial de la Salud (WHO) llegó a una conclusión similar declarando: "Las restauraciones de amalgama son seguras y económicas."

Existe una diversidad de opiniones con respecto a la seguridad de amalgamas dentales. Hay dudas en cuanto a la seguridad de amalgamas en mujeres embarazadas, niños, y personas diabéticas. Sin embargo, la evidencia científica y la literatura de estudios en publicaciones científicas, evaluadas por colegas en la profesión, indican que mujeres, niños, y diabéticos quienes de otra manera están de buena salud no corren un riesgo más alto por tener amalgamas dentales adentro de la boca. La FDA no le pone ninguna restricción al uso de amalgama dental.

Resina Compuesta

Alguna Resina Compuesta contiene Sílice Cristalina, la cual está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan cáncer.

Siempre es una buena idea hablar a fondo con su dentista de cualquier procedimiento dental.

Materiales Dentales--Ventajas y Desventajas

La durabilidad de cualquier restauración dental depende no sólo de los materiales usados sino también del método que el dentista utiliza al colocar la restauración. Otros factores incluyen los materiales auxiliares utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. El tiempo de durabilidad de una restauración dependerá de su higiene dental personal, su dieta, y sus hábitos de masticar.

EMPASTES DE AMALGAMA DENTAL

Amalgama dental es una mezcla de mercurio líquido y un polvo de una aleación de plata, estaño, y cobre que se endurece por sí sola. A veces a la amalgama se le refiere como empastes de plata por su color. Con frecuencia se usa como material para empastar y como reemplazo para dientes quebrados.

Ventajas

- Duradera
- No se gasta pronto; resiste la fuerza al morder
- Relativamente económica
- Generalmente se completa en una sola visita
- Se sella solo; se encoge muy poco o no se encoge, y no se escurre
- Tiene alta resistencia a mayor deterioro (caries) pero puede resultar difícil detectar en sus etapas iniciales
- Menos frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)"
- Color gris, no color de diente
- Puede oscurecerse al corroer (dañarse); puede manchar los dientes con el tiempo
- Requiere extraer parte del diente sano
- En empastes más grandes de amalgama, lo que queda del diente se podría debilitar y fracturar
- El conducto de temperaturas altas y bajas en el metal podría causar momentos de sensibilidad de dientes a cosas calientes y frías
- El contacto con otros metales ocasionalmente puede causar una pequeña corriente eléctrica

EMPASTES DE RESINA COMPUESTA

Empastes compuestos son una mezcla de vidrio en polvo y resina de plástico, y a veces se le refiere como empastes blancos, plásticos, o empastes del color de los dientes. Se usa para empastes, incrustaciones, recubrimientos, coronas parciales y completas, o para reparar partes de dientes quebrados.

Ventajas

- Fuerte y duradera
- Color de diente
- Una sola visita para empastar
- Resiste fracturas
- Cantidad máxima del diente preservado
- Poco riesgo de escurrimiento si está pegado solamente al esmalte (superficie)
- No se corroe (no se desgasta o pudre)
- Generalmente resiste la fuerza al morder dependiendo del producto utilizado
- La resistencia a mayor deterioro (caries) es moderada y fácil de detectar
- De menos a moderada frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)"
- Frecuencia moderada de momentos de sensibilidad de dientes; el material es sensible al método de aplicación del dentista
- Cuesta más que amalgama dental
- El material se encoge al endurecerse y podría ocasionar mayor deterioro (caries) y/o sensibilidad de temperaturas
- Requiere más de una visita para incrustaciones, recubrimientos, y coronas
- Puede gastarse más rápido que el esmalte dental
- Puede escurrirse con el tiempo cuando está pegado debajo del esmalte (debajo de la superficie)

CEMENTO DE VIDRIO IONOMÉRICO

Cemento de vidrio ionomérico es una mezcla de vidrio y ácido orgánico que se endurece por sí sola. Es el mismo color de los dientes y varía en su estado de translucidez. Vidrio ionomérico usualmente se usa para empastes pequeños pegando con cemento metal y coronas de porcelana/metal, revestimientos, y restauraciones temporales.

Ventajas

- Buena apariencia
- Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta mas que amalgama)
- Uso limitado porque no es recomendado usarse en superficies de dientes permanentes en donde se muerde
- Con el tiempo, este material podría hacerse áspero (roñoso) y puede aumentar la acumulación de placa dental y de la enfermedad periodontal
- Se gasta relativamente pronto; suele rajarse con el tiempo y se puede dislocar

CEMENTO DE RESINA IONOMÉRICA

Cemento de resina ionomérica es una mezcla de polímero de vidrio y resina y de ácido orgánico que endurece al estar expuesta a una luz azul usada en la oficina dental. Es el mismo color de los dientes pero más translúcido que el cemento de vidrio ionomérico. Más se usa para pequeños empastes, pegando con cemento metal y coronas y revestimientos de porcelana/metal.

Ventajas

- Muy buena apariencia
- Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- Bueno para superficies en donde no se muerde
- Se puede usar para restauraciones a corto plazo de los dientes primarios
- Puede durar más que vidrio ionomérico pero no tanto como la compuesta
- Resiste bien el escurrimiento
- El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta mas que amalgama)
- Uso limitado porque no se recomienda para restaurar superficies de dientes de adultos en donde se muerde
- Se gasta más rápido que la compuesta y la amalgama

PORCELANA (CERÁMICA)

Porcelana es un material semejante al vidrio que se forma en empastes o coronas, usando modelos de los dientes preparados. El material es el mismo color de los dientes y se usa en incrustaciones, recubrimientos, coronas, y puentes fijos.

Ventajas

- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída para los recubrimientos; más cantidad para las coronas porque su fuerza está relacionada con su tamaño
- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- No se gasta la superficie pero puede causar que se gasten los dientes opuestos
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta
- El material no ocasiona sensibilidad de dientes

Desventajas

- El material es frágil y se puede quebrar bajo la fuerza de morder
- Tal vez no sea recomendado para las muelas
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

ALEACIONES DE NÍQUEL O COBALTO Y CROMO

Aleaciones de níquel o cobalto y cromo son mezclas de níquel y cromo. Son de color plateado oscuro y se utilizan para coronas y puentes fijos y la mayoría de las armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- No se desgasta o se pudre en la boca
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es un color de metal plateado oscuro
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Puede ser abrasivo a dientes opuestos
- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio
- Un poco más de desgaste a los dientes opuestos

PORCELANA FUNDIDA A METAL

Este tipo de porcelana es un material como el vidrio que se “esmalta” encima de cascos de metal. Es el mismo color de diente y se usa para coronas y puentes fijos.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Muy durable, debido a la estructura del metal
- El material no ocasiona sensibilidad de dientes
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- Más diente requiere ser extraído (que por la porcelana) para la estructura de metal
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

ALEACIÓN DE ORO

Aleación de oro es una mezcla de oro, cobre, y otros metales. Es color oro y se usa principalmente para coronas y puentes fijos y algunas armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- No se desgasta o se pudre en la boca
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- No se gasta pronto; no gasta los dientes opuestos
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es color amarillo
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

HOJA INFORMATIVA SOBRE MATERIALES DENTALES

INSTRUCCIONES

El 14 de mayo de 2004, la Junta actualizó la Hoja Informativa sobre Materiales Dentales. **Business & Professions Code sección 1648.15** requiere lo siguiente:

- El dentista debe proporcionar esta hoja informativa actualizada a cada paciente nuevo y a los pacientes actuales antes de realizar trabajo de restauración dental. El dentista necesita proporcionar la hoja informativa a cada paciente solamente una vez.
- El paciente debe firmar un documento implicando que ha recibido la hoja informativa, y una copia de la prueba de este documento se debe poner en el archivo dental del paciente.
- Si la Junta actualiza la hoja informativa, la versión actualizada debe ser entregada a los pacientes de la misma manera.
- El dentista también debe proveer la hoja informativa al los pacientes que la soliciten

Este requisito no se les aplicará a procedimientos dentales quirúrgicos, endodónticos, periodónticos, u ortodónticos en los cuales no se utilizan materiales restaurativos.

El dentista es responsable de distribuir copias de esta hoja informativa.

En este momento la hoja informativa actualizada está disponible sólo en inglés. Sin embargo, una versión en español se espera pronto.

Declaración sugerida para el “Formulario de Consentimiento”:

“Yo he recibido una copia de la Hoja Informativa sobre Materiales Dentales como lo ha requerido la ley”

Provee una línea abajo en el formulario para la firma y la fecha, O, puede mandar a hacer un sello con palabras apropiadas, sellar el archivo del paciente y obtener una firma y fecha.

Esta hoja informativa también se puede bajar de la página web de la Junta Dental de California: <http://www.dbc.ca.gov> debajo del título “News and Information”