

Instrucciones del Paquete de Registro:

Para citas en la clínica:

1. Envíe por correo electrónico el paquete de registro completo y firmado a Medical.Records@hurttclinic.org
En la línea de asunto del correo electrónico debe decir "Paquete de registro" vea el ejemplo a continuación.



The image shows a screenshot of an email client's 'Compose' window. On the left is a 'Send' button. The 'From' field is partially visible with a dropdown arrow. The 'To' field contains the email address 'Medical.Records@hurttclinic.org'. The 'Cc' field is empty. The 'Subject' field contains the text 'Paquete de registro'.

0

2. Traiga una copia completa del paquete de registro a su próxima cita.

Para citas telemedidas:

1. Envíe por correo electrónico el paquete de registro completo y firmado a Medical.Records@hurttclinic.org
En la línea de asunto del correo electrónico debe decir "Paquete de registro" vea el ejemplo anterior.

Para TODOS los pacientes pediátricos, los siguientes documentos también deben incluirse con el paquete de registro:

1. Acta de nacimiento del paciente.
2. Identificación de los padres (Debe ser válida. No puede estar vencida.).

****Este paquete de registro requiere que el paciente reporte los ingresos de su hogar. Para completar su registro, incluya una copia de la siguiente documentación, **UNA** copia para cada categoría:*

Identificación emitida por el Gobierno (No puede estar vencida):	Comprobante de ingresos:
<input type="checkbox"/> Licencia de conducir o tarjeta de identidad de CA	<input type="checkbox"/> Talones de pago
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación consular (CID)	<input type="checkbox"/> Declaración del impuesto sobre la renta federal/estatal
<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Comprobante de sueldos recibidos y retención de impuestos (W-2)
	<input type="checkbox"/> Ingreso en el extranjero
	<input type="checkbox"/> Documentación de ingresos para trabajadores independientes (profesionales, por ejemplo)
	<input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancarios
	<input type="checkbox"/> Declaración de dificultad financiera permanente
	<input type="checkbox"/> Declaración patronal (firmada por el empleador)

Formulario de registro de pacientes

Estimado paciente: 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. Necesitaremos recopilar esta información anualmente.

Información del paciente						
Apellido		Nombre		MI	Fecha de nacimiento	
Dirección		Apt./Unidad	Ciudad		Estado	Código postal
Número de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Dirección de correo electrónico		
Por favor marque el teléfono principal		<input type="checkbox"/> teléfono residencial ()	<input type="checkbox"/> teléfono celular ()	<input type="checkbox"/> teléfono de trabajo ()		
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Raza (Por favor marque todos los que correspondan):						
<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái		
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico		
				<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			Sexo de Nacimiento: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Identidad de Género: (¿Cómo Se Identifica Usted)?						
<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Transexual masculino/femenino a masculino		<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Transexual femenino/masculino a femenino		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Orientación Sexual:						
<input type="checkbox"/> Heterosexual		<input type="checkbox"/> Homosexual		<input type="checkbox"/> Bisexual		
<input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		<input type="checkbox"/> Otro: _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		Seguro médico: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medi-Cal		¿Tiene una Directiva Avanzada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____				
¿Es usted un Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Clase de trabajo?		<input type="checkbox"/> Trabajadores agrícolas migratorios <input type="checkbox"/> Trabajadores agrícolas estacionales		
¿Esta usted sin hogar?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
En caso afirmativo, por favor seleccione una de las siguientes:						
<input type="checkbox"/> Residencia permanente (no tiene límites de tiempo, renta)		<input type="checkbox"/> Transitoria (centro, comunidad, hogar)		<input type="checkbox"/> Vivienda compartida (vive con otras personas temporalmente y se muda a menudo)		
<input type="checkbox"/> Albergue (refugios, instalaciones de acogida temporal nocturna, edificios militares)		<input type="checkbox"/> Calle (acera, automóvil, estacionamiento, entrada de edificio, edificio público o abandonado)		<input type="checkbox"/> Otra (hotel, motel, ocupación diaria de habitación individual)		
¿Eres un estudiante de OCRCM?: En caso afirmativo, seleccione uno de los siguientes programas:						
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Alumni Housing <input type="checkbox"/> Hope Family Housing <input type="checkbox"/> Pearl House (non-Hurtt)		<input type="checkbox"/> Sea Glass (Hope Harbor) <input type="checkbox"/> Village of Hope		
		<input type="checkbox"/> Double R Ranch <input type="checkbox"/> House of Hope <input type="checkbox"/> Rip Tide (Hope Harbor)		<input type="checkbox"/> Strong Beginnings		
Información del cónyuge o del padre/tutor (Si corresponde):						
Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento		
Por favor marque el teléfono principal		<input type="checkbox"/> teléfono residencial ()	<input type="checkbox"/> teléfono celular ()	<input type="checkbox"/> teléfono de trabajo ()		
Contacto de emergencia:						
Apellido		Nombre		Relación con el paciente	Número de teléfono ()	
Autorización para Divulgación de Información Médica y Asignación de Beneficios						
Por la presente, autorizo la divulgación de información médica o cualquier otra información necesaria a mi(s) compañía(s) de seguros, o agente de la misma, para satisfacer el procesamiento de reclamos. También autorizo el pago de beneficios médicos a Hurtt Family Health Clinic por los servicios prestados. Soy financieramente responsable por el pago de servicios no cubiertos por mi seguro.						

He recibido, leído y aceptado los términos y condiciones adjuntos del Paquete de Registro y reconozco que he llenado la información incluida en la mejor forma de mis capacidades.

El paquete de registro incluye los siguientes documentos:

Autorización para el tratamiento
Aviso de privacidad de la HIPAA

Carta de Derechos del Paciente
Responsabilidades del paciente

Directiva anticipada
Consentimientos adicionales

Programa de Descuento de Tarifas

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. Esta información es confidencial.

Marque esta casilla y firme esta solicitud si no desea ser evaluado para determinar si califica para según la escala de cargos progresiva para el Programa de Descuento de Tarifas, y está eligiendo voluntariamente rechazar el programa.

Al marcar esta casilla, usted entiende que en caso de que un servicio no esté cubierto por su seguro, usted será responsable de pagar la tarifa completa asociada con su consulta.

Rechazo el Programa de Descuento de Tarifas y acepto la declaración anterior.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Empleador:		Ocupación:	

Número total de dependientes en el Hogar: _____

El total de dependientes incluye a los miembros de la familia inmediata que viven en el hogar (es decir, madre/padre/hijos) y cualquier persona que vive en el hogar y contribuye mutuamente a los gastos del hogar.

Ingreso Bruto Total: \$ _____ Semanal (52) Bi-Mensual (24) Mensual (12) Anual (1)

Incluya los ingresos de todos los dependientes en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluidos los salarios brutos, las propinas, la seguridad social, la discapacidad, las pensiones, las anualidades, los pagos de veteranos, los negocios netos o el trabajo por cuenta propia, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, las fuerzas armadas, el desempleo, la ayuda pública, y otra.

Si no hay ingresos:

Mi familia no tiene salarios ni ingresos. No estoy trabajando (recibiendo sueldo o salario por trabajo), o recibiendo beneficios de desempleo o incapacidad. Mi ingreso es \$0.

Esta aplicación requiere que el paciente reporte los ingresos de su hogar. Para completar su solicitud, proporcione a su representante de Servicio al Paciente una copia de los siguientes documentos de cada categoría:

Identificación emitida por el gobierno:

- Licencia de conducir o tarjeta de identidad de CA
- Tarjeta de identificación consular (CID)
- Pasaporte

Comprobante de ingresos:

- Talones de pago
- Declaración del impuesto sobre la renta federal/estatal
- Comprobante de sueldos recibidos y retención de impuestos (W-2)
- Ingreso en el extranjero
- Documentación de ingresos para trabajadores independientes (profesionales, por ejemplo)
- Estado de cuenta bancarios
- Declaración de dificultad financiera permanente
- Declaración patronal (firmada por el empleador)

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Es posible que se requieran copias de verificación de ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Nombre: _____

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 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 ampliada

Por favor liste las personas que desee que tengan acceso a su información de facturación, consultas o salud como su cónyuge, cuidador u otro miembro de la familia. Esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales.

Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()
Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()
Apellido	Nombre	Relación con el paciente	Número de teléfono ()

Si no desea agregar ninguna autorización extendida, marque la casilla a continuación:

- Yo (el paciente) no autorizo a divulgar información a nadie (esto excluye la información que está protegida por las leyes estatales y federales).

Restricciones a los métodos de comunicación

Nuestros métodos de comunicación con usted pueden ser a través de correo, correo electrónico seguro y teléfono, incluyendo dejar mensajes en su contestador automático / correo de voz. Indique a continuación las formas en que 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:

<input type="checkbox"/> Intercambio de información médica (HIE)	<input type="checkbox"/> Coordinación de historias clínicas por parte de terceros	<input type="checkbox"/> Portal para pacientes	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
--	---	--	--

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

Intercambio de información médica (HIE)**AUTORIZACIÓN PARA QUE EL AGENTE CONSENTE AL TRATAMIENTO MÉDICO DE UN MENOR**

Autorizo _____ a dar su consentimiento para una radiografía,
(nombre completo de un adulto al que se le ha confiado el cuidado de un menor)

examen, inmunizaciones, anestesia, todos servicios médicos, dentales y de salud mental, o diagnóstico o tratamiento

quirúrgico y cuidados de hospital a _____ siendo aconsejado por un médico y
(nombre completo del menor)

cirujano con licencia y proporcionado por ese médico o bajo la supervisión de ese médico, sin afecto de donde se

proporciona el tratamiento.

Esta autorización se realiza bajo el Código Familiar §6910.

Esta autorización reemplaza cualquier solicitud previa de autorización para tratar a un menor presentado antes de la fecha a continuación. Permanece vigente hasta que se revoque por escrito.

Firma (paciente o representante legal)

Fecha

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique la relación: _____

Nombre en letra de molde: _____
(paciente o representante legal)

Cuestionario de Salud
Condiciones de salud actuales e historiales:

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque la casilla de verificación para indicar que sí. Si ninguno, marque aquí: Ninguno

Huesos y articulaciones	Presente	Pasado	Pulmones	Presente	Pasado
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractura o hueso roto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema, enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis o adelgazamiento de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cabeza, Oreas, Ojos, Nariz y Garganta	Presente	Pasado	Sistema nervioso y comportamiento	Presente	Pasado
Cataratas o glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas de visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión en la cabeza, conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas auditivos	<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"/>
Corazón y Circulación	Presente	Pasado	Piel	Presente	Pasado
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estómago e intestino	Presente	Pasado
Coágulo de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis u otra enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras gástricas	<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 del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Riñones y vejiga	Presente	Pasado	Otro	Presente	Pasado
Problemas genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niveles anormales de azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o prueba positiva del VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas renales o vesicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (incluso durante el embarazo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de la glándula tiroides o bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Trasplante (indique que): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prueba de tuberculosis o tuberculosis positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otro (explique): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario de Salud

Complete esta lista de verificación antes de ver a su proveedor o enfermera. Sus respuestas nos ayudarán a brindar la mejor atención.

Historia social			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado(a)		#Hijos _____ #Abortos _____	
Consumo de tabaco:	<input type="checkbox"/> Cigarrillos	<input type="checkbox"/> Tabaco en polvo (el rapé)	<input type="checkbox"/> Fecha que dejo el consumir tabaco: _____
	<input type="checkbox"/> Pipa	<input type="checkbox"/> Tabaco mascado	<input type="checkbox"/> Paquetes/día _____
	<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> # de años _____
Cafeína: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Café: Tazas/día _____	Alcohol: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> bebidas/día _____
		<input type="checkbox"/> Bebidas energéticas/día _____	¿Es el alcohol una preocupación para usted/otros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El consumo de drogas: ¿Ha consumido alguna vez drogas no legalizadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marihuana <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Vapear <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Alguna vez ha usado agujas para inyectarse drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Actividad sexual: Sexualmente activo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente no Pareja sexual actual <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Método anticonceptivo: _____ <input type="checkbox"/> No es necesario ¿Alguna vez ha tenido una infección de transmisión sexual (ITS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está interesado en hacerse una prueba de detección de una infección de transmisión sexual (ITS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Cirugías	Tipo de cirugías	Fecha de la cirugía
Abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Apéndice	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Ortopédico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
ginecología	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
uroológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Reemplazo de rodilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Reemplazo de cadera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Reemplazo de válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____

Pruebas pasadas	Fecha del examen	Otras preocupaciones:
Densidad ósea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Peso: ¿Es su peso una preocupación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dieta: ¿Cómo califica su dieta? Ejercicio: ¿Haces ejercicio regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué tipo de ejercicio? _____ ¿Cuánto tiempo? (minutos) _____ ¿Con qué frecuencia? _____ # ___/semana ¿Actualmente está tomando/planea tomar bisfosfonatos (osteoporosis/densidad mineral ósea baja)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
electrocardiograma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mamografía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Prueba de Papanicolaou (mujeres)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Examen de próstata (hombres)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pruebas pulmonares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Pruebas de estrés	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Bienestar mental	
¿Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza durante el último mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A menudo tuvo poco placer en hacer cosas durante el último mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Califique su nivel de estrés general	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto

Cuestionario de Salud

Medicamento	Dosis	Veces/Día	Medicamento	Dosis	Veces/Día

Farmacia: ¿Qué farmacia local utiliza? _____ La localización _____

Alergias o reacciones: A medicamentos, alimentos, ambiente u otro agente.

Sin alergias o reacciones conocidas a ningún medicamento

Medicamento, comida, otro	Reacción o efecto secundario	Fecha en que ocurrió

Historia familiar: Adoptado(a) Historia familiar desconocida

Historia Familiar <i>Marque todo lo que corresponda</i>	Trastorno de salud mental	Alcohol	CANCER					Diabetes	Hipertensión	Colesterol alto	Causa de la muerte	Otro
			De Mama	De Colon	Próstata	Uterino	de pulmón					
Padre												
Madre												
Abuelo materno												
Abuela materna												
Abuelo paterno												
Abuela paterna												
Hermanos												
Hermanas												

Materiales de Información:

La siguiente información es para todos los pacientes de Hurtt Family Health Clinic

1. Autorización para el tratamiento
2. Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
3. Declaración de Derechos del Paciente
4. Responsabilidades del paciente
5. Directiva anticipada
6. Consentimientos adicionales

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

La atención médica es un servicio de atención al paciente en respuesta a una amplia gama de necesidades de atención médica de pacientes de todas las edades independientemente de su sexo, color, raza, credo, origen nacional o discapacidad, cinco días a la semana. Hurtt Family Health Clinic utiliza prácticas basadas en evidencia para tomar decisiones sobre el tratamiento y con el fin de proporcionar atención médica de alta calidad para todos los pacientes.

El propósito de la atención médica es:

1. Tratar enfermedades, lesiones y discapacidades mediante el examen, las pruebas y el uso de procedimientos según sea necesario, en ayuda de diagnóstico o tratamiento.
2. Obtener la información necesaria para el diagnóstico y examen de pacientes.
3. Prevenir o minimizar la discapacidad física y mental residual.
4. Ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial dentro de sus capacidades.
5. Acelerar la convalecencia y reducir la longitud de la recuperación funcional.

Todos los procedimientos se le explicarán a fondo antes de que se le pida que los realice. Se espera que coopere plenamente con el examen y detenga cualquier prueba o procedimiento antes de experimentar cualquier aumento en su nivel actual de dolor o malestar. Existen ciertos riesgos inherentes con la atención médica; si tiene alguna inquietud sobre su tratamiento propuesto según lo descrito por su proveedor, hágales saber antes del examen o procedimiento. El médico o proveedor que lo atiende tomará todas las precauciones para asegurarse de que usted está protegido de cualquier situación potencialmente peligrosa. Nunca se verá obligado a realizar ningún procedimiento que no desee realizar. De acuerdo con la información anterior, usted acepta cooperar plenamente y participar en todos los procedimientos de atención médica y cumplir con el plan de atención tal como se establece.

****Aviso a los pacientes: Para su seguridad personal, no utilice ningún equipo sin un miembro del personal presente.***

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente.

Usos y divulgaciones:

1. **TRATAMIENTO:** Usaremos y divulgaremos su información para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto podría incluir la coordinación de la gestión de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario a una agencia de salud en el hogar que le proporcione atención. Otro ejemplo incluye proporcionar información a un médico a quien se le ha referido para asegurar 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, la obtención de la aprobación para una estancia hospitalaria puede requerir que su información sea revelada al plan de salud para obtener la aprobación para el ingreso hospitalario.
3. **OPERACIONES DE CUIDADO DE SALUD:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, con el fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades

incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, licencias y la realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a estudiantes de escuelas de

medicina que ven pacientes en nuestra oficina. Asimismo, podemos usar la hoja del Formulario de registro de pacientes firmado en el inicio de sesión, donde se le pedirá que indique a su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera y llamarlo para recordarle su cita.

4. Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización: según lo exija la ley, cuestiones de salud pública según lo exija la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), 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. Uso y divulgaciones requeridos; bajo la ley, debemos hacer divulgaciones a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento de los requisitos de la Sección 164.500.
5. Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos SOLAMENTE se harán con su consentimiento o autorización por escrito o la oportunidad de objetar a menos que LO REQUIERA LA LEY. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica de los médicos haya tomado una acción en función del uso o divulgación indicado en la autorización.

Por el presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de todos los datos médicos sobre mí o mis hijos menores de edad para usos permitidos por la ley, incluso para los siguientes propósitos:

1. Revisión por parte de médicos, hospitales, otros proveedores de atención médica y su personal que nos trata.
2. Revisión por parte de las aseguradoras, administradores y otras personas que puedan pagar el costo de nuestro tratamiento.
3. Revisión por parte de los funcionarios de atención médica cuando los estatutos, reglamentos o deberes profesionales así lo requieran.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE

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

1. Comprender y utilizar estos derechos, si por alguna razón necesita ayuda con esto, le proporcionaremos asistencia.
2. Recibir tratamiento sin discriminación en cuanto a raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad u orientación sexual.
3. Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro.
4. Ser informado del nombre y la posición del proveedor de atención médica que estará a cargo de su atención.
5. Conocer el nombre, la posición y la función de cualquier personal involucrado en su cuidado y rechazar el tratamiento, examen u observación por parte de esa persona.
6. Recibir atención en un ambiente para no fumadores.
7. Privacidad y confidencialidad de toda la información y registros con respecto a su cuidado.
8. Participar en todas las decisiones sobre su tratamiento.
9. Rechazar el tratamiento, examen u observación y que se le diga qué efecto puede tener esto en su salud.
10. Obtener una copia de sus registros médicos dentro de un período de tiempo razonable
11. Negarse a participar en la investigación. Al decidir si participar o no, usted tiene derecho a una explicación completa.
12. Recibir toda la información que necesita para dar su consentimiento informado para cualquier tratamiento de procedimiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del procedimiento o tratamiento.
13. Reciba atención urgente si la necesita.
14. Quejarse, sin temor a represalias, sobre la atención y los servicios que está recibiendo y hacer que Hurtt Family Health Clinic le responda, y si lo solicita, proporcionarle una respuesta por escrito. Si no está satisfecho con la respuesta, Hurtt Family Health Clinic debe proporcionarle los números de teléfono de médicos alternativos para que pueda transferir su atención médica.

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

El personal de Hurtt Family Health Clinic se esfuerza por brindarle a usted, el paciente, la mejor atención posible. A continuación, se presentan algunas cosas que puede hacer para ayudarnos a lograr ese objetivo:

1. Llegar a tiempo para las citas programadas. Si no puede hacer la cita, llame con 24 horas de anticipación para cancelar y reprogramar. Si llegas después de la cita programada, es posible que te pidan que esperes la próxima cita disponible o que te reprogrames.

2. Entregue a su proveedor de atención médica toda la información que se necesita para determinar el mejor tratamiento para usted; llene los formularios de forma completa y precisa.
3. Proporcione información de contacto correcta y completa.
4. Sea abierto y honesto con su proveedor de atención médica.
5. Llame a su proveedor de atención médica de inmediato si su afección empeora o no sigue el curso esperado
6. Consulte bien con su proveedor antes de que se quede sin su suministro actual de medicamentos.
7. Use medicamentos recetados y de venta libre según las instrucciones. Nunca debe compartir los medicamentos recetados para usted con otras personas.
8. Trate a otros pacientes en Hurtt Family Health Clinic con la misma cortesía y respeto que usted esperaría de ellos. Por favor, respete el derecho a la privacidad de los demás, ya que le pediría que se respete su propio.
9. Llegue a su cita sobrio y preparado. Si llega o te presentas bajo la influencia de cualquier sustancia ilícita, es posible que te pidan que te vayas y reprogrames tu cita para otro día.

DIRECTIVA DE CUIDADO DE SALUD AVANZADA (AHCD)

Un AHCD es una manera de dar a conocer sus deseos de atención médica si usted no puede hablar por sí mismo o prefiere que otra persona hable por usted. Un AHCD puede cumplir una o ambas de estas funciones:

1. Poder notarial para el cuidado de la salud (para nombrar a un agente)
2. Instrucciones para el cuidado de la salud (para indicar sus deseos)

Si desea completar un AHCD o desea información adicional, hágale saber al representante de Servicios al Paciente y se le proporcionará un paquete de AHCD y una hoja de preguntas frecuentes.

Si actualmente tiene un AHCD, proporcione una copia para sus registros médicos tan pronto como sea posible.

CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

DOCUMENTOS LEGALES APLICABLES PARA MENORES

Para todos los pacientes menores (menores de 18 años), se pedirá a los tutores legales que muestren documentación para demostrar que existe una relación legal. Esto es tanto para la seguridad del niño y tutor y para asegurarse de que el padre o tutor legalmente designado es responsable de tomar decisiones médicas en nombre del menor. Se requieren documentos legales aplicables relacionados con la custodia, el divorcio, la separación, la adopción o el cambio de nombre de un padre o hijo.

Todos los menores deben tener un certificado de nacimiento en el archivo antes de ser vistos por un proveedor.

CONSERVACIÓN LIMITADA

Las tutelas limitadas son para adultos con discapacidades del desarrollo que no pueden tomar decisiones médicas en su propio nombre. Si un paciente no puede tomar decisiones médicas en su propio nombre debido a una discapacidad del desarrollo, se requerirá documentación legal que designe al conservador. La prueba de tutela debe presentarse en el momento del registro y antes de que el paciente pueda ser atendido por un proveedor. La documentación debe incluir el derecho del conservador a dar su consentimiento para el tratamiento médico en nombre del paciente.

Aviso de CAIR

Las inmunizaciones o vacunas previenen las enfermedades graves. Las pruebas de detección de tuberculosis (TB) ayudan a determinar si usted puede tener una infección de TB y pueden ser necesarias para la escuela o el trabajo. Llevar el control de las vacunas/pruebas de TB que usted recibió puede resultar difícil. Es especialmente difícil si más de un médico las realizó. En la actualidad, los médicos usan un sistema de computación seguro denominado registro de inmunizaciones para llevar el control de las vacunas y pruebas de TB. Si cambia de médico, su médico nuevo puede usar el registro para consultar los antecedentes de vacunas/pruebas de TB. Usted tiene derecho a limitar quién puede acceder a sus registros en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR)

Hechos dentales

Lee la hoja de datos dentales adjunta.

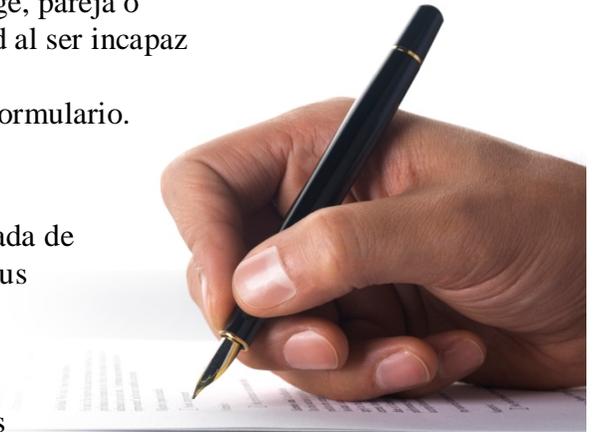
Manifestación Anticipada de Voluntad: Lo que debe saber

¿Qué es una Manifestación Anticipada de Voluntad?

- Una Manifestación Anticipada de Voluntad es un formulario legal con instrucciones escritas sobre el tipo de atención médica que quiere o no quiere recibir en caso de que se lesione, enferme o no pueda tomar decisiones por sí mismo sobre su tratamiento médico.
- En el formulario, usted puede designar a un pariente, cónyuge, pareja o amigo como su “apoderado” para tomar decisiones por usted al ser incapaz de expresar su voluntad de manera libre.
- Debe firmar su nombre y escribir la fecha de la firma en el formulario.

¿Por dónde empiezo?

- Puede escribir o completar su propia Manifestación Anticipada de Voluntad si es mayor de 18 años de edad y capaz de tomar sus propias decisiones.
- No es necesario contratar a un abogado para llenar el formulario, pero sí es necesario que un notario público o 2 testigos lo firmen. Su “apoderado” no puede ser uno de los testigos.



Designe a una persona en la que confíe.

- Después de designar a alguien, hable con esta persona detalladamente sobre el tipo de atención médica que quiere. Asegúrese de que la persona sepa sus deseos y que esté dispuesto a cumplirlos.
- Hable con su médico y “apoderado” sobre lo que quiere y deles una copia del formulario a ambos.
- Es posible que su médico le pida que firme un formulario indicando que han hablado juntos sobre la Manifestación Anticipada de Voluntad.

¿Puedo cambiar de opinión?

- Puede cambiar o anular su Manifestación Anticipada de Voluntad en cualquier momento, siempre y cuando sea capaz y esté al tanto de las decisiones que afectan su atención médica. Ser capaz significa que todavía puede pensar y expresar sus deseos claramente. También puede cambiar de “apoderado” designado.
- Asegúrese de que su médico y “apoderado” sepan los cambios.

¿Por qué firmar ahora si estoy sano?

- El momento ideal para firmar una Manifestación Anticipada de Voluntad es cuando está sano y es capaz de pensar y hablar por sí mismo. Tener un plan significa que serán cumplidos sus deseos.

¿Dónde puedo obtener una Manifestación Anticipada de Voluntad?

- La mayoría de las salas de emergencia y el Orange County Office on Aging cuentan con estos formularios conocidos como Advance Directives en inglés. Para más información, llame al **1-800-510-2020**. No es necesario usar un formulario específico. En su lugar, puede escribir y firmar sus deseos en una hoja de papel.
- Visite la página de Internet de Caring Connections **www.caringinfo.org**.

Aviso del registro de inmunizaciones para pacientes y padres

Las inmunizaciones o vacunas previenen las enfermedades graves. Las pruebas de detección de tuberculosis (TB) ayudan a determinar si usted puede tener una infección de TB y pueden ser necesarias para la escuela o el trabajo. Llevar el control de las vacunas/pruebas de TB que usted recibió puede resultar difícil. Es especialmente difícil si más de un médico las realizó. En la actualidad, los médicos usan un sistema de computación seguro denominado registro de inmunizaciones para llevar el control de las vacunas y pruebas de TB. Si cambia de médico, su médico nuevo puede usar el registro para consultar los antecedentes de vacunas/pruebas de TB. Usted tiene derecho a limitar quién puede acceder a sus registros en el Registro de Inmunizaciones de California (CAIR).

¿Cómo le ayuda un registro?

- Lleva el control de todas las vacunas y pruebas de TB (pruebas de piel/radiografías de tórax), para que a usted no le falte ninguna ni reciba demasiadas
- Envía recordatorios cuando usted o su hijo necesitan vacunas
- Le da una copia del registro de vacunas/pruebas de TB del médico
- Puede mostrar evidencia de las vacunas/pruebas de TB necesarias para iniciar la guardería infantil, la escuela o un trabajo nuevo

¿Cómo ayuda un registro a su equipo de atención médica?

Los médicos, las enfermeras, los planes de salud y los organismos de salud pública usan el registro para:

- Ver qué vacunas/pruebas de TB se necesitan
- Prevenir las enfermedades en su comunidad
- Recordarle las vacunas necesarias
- Ayudar con el mantenimiento de registros

¿Pueden las escuelas u otros programas ver el registro?

Sí, pero esto está limitado. Las escuelas, las guarderías infantiles y otros organismos autorizados conforme a las leyes de California pueden:

- Ver qué vacunas/pruebas de TB necesitan los niños
- Asegurarse de que los niños cumplan con los requisitos para vacunas y pruebas de TB necesarias para empezar guardería infantil o la escuela

¿Qué información se puede compartir en un registro?

- el nombre, el sexo y la fecha de nacimiento del paciente
- información limitada para identificar a los pacientes
- nombres de los padres o tutores
- detalles sobre las vacunas/pruebas de TB o exenciones médicas de un paciente

Lo que se ingresa en el registro se trata como otra información médica privada. El uso indebido del registro es punible por ley. En virtud de las leyes de California, sólo el consultorio de su médico, el plan de salud o el departamento de salud pública pueden ver su dirección y número telefónico. Los funcionarios de salud también pueden consultar el registro para proteger la salud pública.

Derechos del paciente y de los padres

Usted tiene derecho legal a pedirle a su proveedor:

- que impida que otros proveedores y escuelas accedan a la información de su registro (o del registro de su hijo)
- que no envíe recordatorios de citas para vacunas
- una copia de los registros de vacunas/pruebas de TB suyas o de su hijo
- quién ha visto los registros y que cambie cualquier error

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 capas 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 a 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 a 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 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 más que amalgama)
- Uso limitado porque no es recomendado usarse en superficies de dientes permanentes en donde se muere
- 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 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”