



Clínica Dental Phoenix College

Información Importante Para Nuestros Pacientes

Gracias por elegir un centro educativo para sus necesidades dentales. Nuestros Programas de Asistencia Dental e Higiene Dental están acreditados por la Comisión de Acreditación Dental de la Asociación Dental Americana y nos enorgullece ofrecer atención dental que cumpla con los valores más altos de las profesiones. Nos gustaría tomar esta oportunidad para explicar las polizas y procedimientos de nuestro centro de enseñanza clínica.

Clínica De Higiene Dental

Los estudiantes de higiene dental realizan limpiezas, toman radiografías (rayos X), administran anestesia dental, dan tratamientos con fluoruro y aplican sellantes. También realizan exámenes de cáncer oral, revisan su presión arterial y pulso y le dan instrucciones para cepillarse los dientes en el hogar.

La Clínica de Higiene Dental es una clínica de enseñanza: por lo tanto, los pacientes que reciben cuidado de higiene dental participarán en el programa de enseñanza. Solo los pacientes cuya atención es adecuada para fines de enseñanza son elegibles para recibir tratamiento en la clínica. Los nuevos pacientes requieren una evaluación inicial o cita de evaluación para determinar si son elegibles. Los pacientes a los que no se les ofrezca tratamiento de higiene dental serán remitidos para recibir tratamiento a un dentista de su elección. Algunos pacientes pueden calificar inicialmente para el tratamiento y luego, una vez completada la terapia inicial, ya no serán considerados como casos de enseñanza; en este caso, los servicios serán descontinuados, y se proporcionará una referencia. La facultad de higiene dental se reserva el derecho de rechazar o suspender el tratamiento. El tratamiento de higiene dental será realizado por un estudiante y será supervisado por la facultad. El tratamiento recibido en nuestra clínica requiere mucho más tiempo que la atención proporcionada en una consulta dental privada.

- La mayoría de las citas duran aproximadamente tres horas. Para adultos, generalmente se requieren citas múltiples.
- Para menores de 18 años, un padre o tutor legal debe permanecer en el centro clínico durante la cita y debe firmar el formulario de consentimiento para el tratamiento.
- Las personas que tienen dificultad para leer o hablar inglés deben proporcionar un intérprete en cada cita.
- La programación de visitas de mantenimiento será responsabilidad del paciente.
- Los pacientes son responsables de todos los artículos personales traídos a la clínica dental de Phoenix College. Phoenix College no será responsable de ningún artículo personal perdido o extraviado.

Derecho y Responsabilidades del Paciente

1. Los pacientes de nuestra facilidad recibirán un trato considerado, respetuoso y confidencial. Se espera el respeto mutuo de los pacientes hacia los miembros del equipo de la clínica dental (profesores, estudiantes, dentistas y personal). **Nuestro objetivo es completar cualquier tratamiento iniciado; sin embargo, como instalación educativa, debemos trabajar dentro de ciertas restricciones y limitaciones. El entorno educativo hace que sea imposible para nosotros proporcionar a los pacientes de manera constante cuidados a largo plazo.** Estaremos encantados de darle información de referencia para procedimientos dentales que no podemos proporcionar. Tras su solicitud y consentimiento, enviaremos sus radiografías al dentista de su elección por una tarifa de duplicación nominal.

2. Nuestra facilidad se cierra aproximadamente CINCO meses al año (vacaciones de invierno, primavera y verano, y todas las demás vacaciones observadas). Debido a este horario limitado, le sugerimos y lo alentamos a que mantenga relaciones con los odontólogos de la comunidad para garantizar que se puedan satisfacer todas sus necesidades dentales.

3. Tendrá acceso a la información completa y actualizada sobre su condición y se le solicitará que brinde su consentimiento para recibir tratamiento. Se le proporcionará una explicación sobre el tratamiento recomendado, las alternativas, la opción de rechazar el tratamiento y el resultado esperado de varios tratamientos.

4. El pago se requiere antes de que se presten los servicios. Le entregaremos un recibo para enviar a su compañía de seguros por el reembolso de las tarifas. Se honran los honorarios hasta que se complete el plan de cuidado y / o por la duración del año académico.

Clínica Dental Phoenix College

Información Importante Para Nuestros Pacientes

Terminación de la política de relación médico-paciente

La póliza de Phoenix College Dental Clinic es mantener una relación cooperativa y confianza entre médico clínico- paciente. Cuando no se ha formado esa relación entre médico clínico-paciente, o la relación ya no se desarrolla de manera mutuamente productiva, es la póliza de la clínica dental terminar la relación para que el paciente pueda desarrollar el tipo de relación de confianza con otra clínica dental que es esencial para el cuidado y tratamiento continuo exitoso. La clínica dental es asociado con un programa educativo y, como tal, los estudiantes, profesores / personal y pacientes deben cumplir con esta póliza.

Poliza de Acoso Sexual y Discriminación

La póliza del Distrito de Colegios Comunitarios del Condado de Maricopa (MCCCD) es proporcionar un ambiente educativo, laboral y de negocios libre de violencia sexual, avances sexuales no deseados, solicitudes de favores sexuales y otras conductas o comunicaciones verbales o físicas que constituyan acoso sexual como prohibido por ley estatal y federal. La discriminación bajo esta Poliza es un tratamiento desigual de un estudiante basado en el sexo, la orientación sexual o el embarazo real o percibido del estudiante. Esta política prohíbe el acoso sexual y la discriminación en cualquier programa o actividad de educación universitaria, lo que significa todos los programas académicos, educativos, extracurriculares, deportivos y otros.

El acoso sexual se define como cualquier conducta física o verbal no deseada de naturaleza sexual que sea lo suficientemente grave, persistente o generalizada que interfiera, limite o prive al alumno de la capacidad de participar o beneficiarse de cualquier programa educativo del MCCCD o actividad.

Poliza de Reembolso:

Si elige descontinuar su tratamiento y solicita un reembolso de la clínica dental de Phoenix College, se le reembolsará:
\$ 15.00 si radiografías fueron tomadas en cualquier momento durante su visita(s) dental
\$ 35.00 si radiografías no fueron tomadas

Todos los reembolsos serán procesados de nuevo a la forma de pago original a través de la Oficina de Cajeros de Phoenix College en Hannelly Center en Phoenix College Campus. Por favor traiga una identificación actual con foto a la Oficina de Cajeros en 1202 W. Thomas Rd., Phoenix, AZ. 85013.

Cómo Solicitar un Reembolso:

- Comuníquese con Phoenix College Dental Clinic al 602-285-7323 y solicite un reembolso O
- Enviar solicitud de reembolso por correo electrónico a: PC-Dental-Images@phoenixcollege.edu
- Al recibir una solicitud de reembolso, la Clínica Dental de Phoenix College confirmará que todos los pagos con cheque han sido aprobados por el banco (pueden demorar hasta 15 días de apertura)
- El reembolso del pago originado a través de una compañía de tarjetas de crédito debe reembolsarse a la cuenta de la tarjeta de crédito original (puede tomar hasta 7 días de apertura para que la compañía de la tarjeta de crédito envíe el pago a la cuenta del titular de la tarjeta)

Poliza de cancelación

Usted y la hora de su cita son partes muy importantes de la capacitación educativa de nuestros estudiantes. Los estudiantes deben dar a sus pacientes programados que están retrasados un período de gracia de 15 minutos. Después de este período de gracia, ellos / nosotros podemos reasignar el tiempo designado a otro paciente. Si no cumple dos veces una cita programada, no podremos reprogramarla en nuestras instalaciones. Llámenos con 24 horas de anticipación si no puede cumplir CUALQUIER cita programada en nuestra facilidad, y estaremos encantados de reprogramar un horario más conveniente para usted. Nuestros estudiantes confían en usted para su experiencia clínica y todos apreciamos el tiempo que comparte con nosotros.

Nombre del paciente _____ Edad _____ Teléfono _____

Información clínica y consentimiento

La razón de la cita de hoy es para determinar si Ud. califica para tratamiento dental en nuestra clínica, y para ayudarnos a programar sus citas. Le notificamos que :

1. Esta clínica conduce procedimientos de higiene dental fundamentalmente para dar oportunidades de aprendizaje a estudiantes de higiene dental. Nuestros servicios incluyen limpieza dental, radiografías(rayos X), tratamientos como flúoruro, sellantes, anestesia dental y educación de salud oral. Todos los procedimientos son realizados por estudiantes bajo la supervisión directa del cuerpo docente, que son profesionales dentales autorizados a ejercer la profesión.
2. No todos los pacientes pueden ser aceptados para tratamiento en nuestra clínica por condiciones físicas o medicinales limitantes, o necesidades dentales allá de nuestras capacidades de tratamiento.
3. Las citas duran más tiempo que las de una oficina dental privada. Si usted no se puede comprometer a varias citas como 3 horas de duración, entonces usted no reúne los requisitos necesarios para tratamiento en esta clínica.
4. Los pacientes serán mandados a sus propios dentistas para evaluaciones dentales en curso. Si usted no tiene su propio dentista, serán fornecidas informaciones para referencia. Nuestra clínica no ofrece servicio dental completo y no puede proporcionar sistemáticamente tratamiento dental de larga duración.

Mi firma abajo indica que:

1. Yo leí y comprendí la información arriba.
2. Yo estoy de acuerdo en someterme a estos procedimientos de revisión dental que incluyen un examen limitado de mis dientes y encía.
3. Yo comprendo que si califico para tratamiento y acepto a continuar, entonces tengo que pagar la suma por los servicios antes de recibirlos.
4. Yo doy mi permiso para que mis datos sean utilizados para fines educacionales en este encenario.

Firma _____ Fecha _____

SCREENING 'Evaluación'REPORT

Yes No A medical consultation/clearance is necessary prior to proceeding with the screening.

Yes No A medical consultation/clearance is necessary prior to appointing the patient for dental hygiene care.

Periodontal Screening

3	9	12
28	25	19

Calculus Screening

3	9	12
28	25	19

Bleeding: None Delayed Slit Mod Heavy

Preliminary Calculus Class: L M H H+

Preliminary Perio. Classification: 0 I II III IV

Estimated # of appointments _____
Patient is ineligible _____

Treatment Considerations / Comments _____

Student _____ Faculty _____ Date _____

Radiography Order: NONE FMS-HBW FMS-VBW HBW 2 4 VBW 2 3 4 7 PANO OCC PA(S) / Dr. _____

ASSIGN TO STUDENT: _____ # _____

Placed on call list: Y / N



Phoenix College

Departamento del Programa Dental

Clínica Dental

Información para el Paciente

Favor de leer y firmar

Clínica de Higiene Dental

Los estudiantes de Higiene Dental podrán, bajo supervisión del instructor/dentista, llevar a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo a las necesidades del paciente:

- limpieza profiláctica de los dientes [de la dentadura] (por lo general se necesita más de una cita)
- anestesia local durante la limpieza
- tratamiento de floruro
- radiografía de la dentadura
- exámen de signos vitales (presión sanguínea) y exámen de cáncer oral
- instrucciones para el cuidado dental en casa incluyendo el uso del cepillo y seda dental
- fotografías de la cara y la boca

Derechos del Paciente

El paciente tiene derecho a:

- tratamiento cortés, respetuoso y confidencial
- explicación del tratamiento recomendado y tratamientos alternativos
- la opción de rehusar el tratamiento
- explicación y presupuesto del costo del tratamiento
- acceso a información completa y actualizada sobre su condición
- tratamiento dental a nivel profesional

Nuestro objetivo [Nuestra meta] es la continuidad y finalización del tratamiento; sin embargo, el entorno educacional nos impide proporcionar consistentemente un tratamiento dental de largo plazo.

La Clínica Dental opera ocho meses durante el año. Le sugerimos que visite regularmente al dentista para todos sus necesidades de salud dental.

Responsabilidades [Obligaciones] del Paciente

El paciente es tiene la obligación de:

- ser puntual para sus citas
- ser considerado y respetuoso
- pagar por servicios en cuanto son prestados
- firmar el consentimiento del [aprobación para el] tratamiento
- programar citas de seguimiento
- firmar el consentimiento de esta información

Terminación del médico - Poliza de relación con el paciente

• Es una poliza de la clínica dental terminar la relación médico clinico-paciente cuando dicha relación médico clinico-paciente no se ha formado o ya no se realiza de manera mutuamente productiva.

Poliza de Acoso Sexual y Discriminación

• La poliza del Distrito de Colegios Comunitarios del Condado de Maricopa (MCCCD) es proporcionar una educación, empleo y entorno empresarial libre de violencia sexual, avances sexuales no deseados, solicitudes de favores sexuales y conducta física o comunicaciones que constituyan acoso sexual tal como lo prohíben las leyes estatales y federales.

Poliza de Reembolso:

Si elige discontinuar su tratamiento y solicita un reembolso de la clínica dental de Phoenix College, se le reembolsará:

\$ 15.00 si radiografías fueron tomadas en cualquier momento durante su visita(s) dentale

\$ 35.00 si radiografías no fueron tomadas

Todos los reembolsos serán procesados de nuevo a la forma de pago original a través de la Oficina de Cajeros de Phoenix College en Hannelly Center en Phoenix College Campus. Por favor traiga una identificación actual con foto a la Oficina de Cajeros en 1202 W. Thomas Rd., Phoenix, AZ. 85013.

Cancelaciones

- favor de notificar a la Clínica por lo menos con 24 horas de anticipación si no atenderá su cita
- después de dos citas canceladas no podremos atenderle de nuevo en nuestras facilidades
- si llega más de 15 minutos tarde, perderá su cita

Léi y entiendo la información contenida en esta Hoja de Información al Paciente

X

Date _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Fecha _____

Mujer ___ Hombre ___
Nombre _____ Soltero (a) ___ Casado (a) ___ Menor ___ Edad: ___
Paterno Nombre

Domicilio _____ Fecha De Nacimiento ___/___/___
Calle # Apt. Ciudad Estado Código Postal

Información De Contacto: Teléfono: () _____ () _____ () _____ () _____
#de Casa #de Trabajo # celular Otro (Mensaje)

Correo Electrónico: _____ (opcional)

Mensajes por Texto: Le gustaría recibir mensajes de texto? ___ YES ___ NO

NOTE: estos métodos de contacto sólo serán utilizados como contactos para citas y nunca serán vendidos/compartidos/distribuidos de cualquier manera fuera de las necesidades de nuestras clínicas de gestión de cita.

INFORMACIÓN FAMILIAR - NIÑO MENOR? {Llenar las dos Cajas} Casada? {Llenar la caja APROPIADA}

<i>Padre (o Esposo)- por favor circule</i>	<i>Madre (o Esposa) – por favor circule</i>
Apellido _____ Nombre _____	Apellido _____ Nombre _____
Dirección : Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____ () _____ () _____ () _____	Dirección : Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____ () _____ () _____ () _____
Tel. de Casa _____ Tel. de Trabajo _____ Tel. Celular _____	Tel. de Casa _____ Tel. de Trabajo _____ Tel. Celular _____
Fecha de Nacimiento _____ (Mes/Día/Año) _____	Fecha de Nacimiento _____ (Mes/Día/Año) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA -con quién nos podemos poner en contacto (amigo/familia) si usted está en necesidad de asistencia en nuestras instalaciones?

Nombre: _____ RELACIÓN CON USTED: _____
Numero de Teléfono () _____ Dirección _____
Calle Ciudad Código Postal

INFORMACION DENTAL-

Razón(es) por esta cita dental? _____ Limpieza _____ Examen _____ Emergencia _____ Consulta _____
Tiene un problema dental específico? ___ Si ___ No En caso afirmativo, por favor explique: _____
Nombre del dentista anterior o actual: _____
Fecha de la última radiografía dental?: _____ 16 – 20 Películas Pequeñas _____ Películas panorámicas _____

AUTORIZACIÓN

Entiendo que los programas de Phoenix College y la Clínica Dental existen para enseñar habilidades de los estudiantes en la asistencia de higiene dental y de odontólogo, que todos los servicios que se ofrecen en la clínica son para este fin y que varias citas que sean necesarias para completar el tratamiento. Doy permiso para que mi registro de pacientes y las fotografías que se utilizarán en este ámbito educativo.

También entiendo que soy responsable por todos los costos y los tratamientos dentales que reciben en esta instalación. Al ser informado de cada procedimiento, autorizo a la administración de medicamentos, y la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que sean necesarias para el cuidado dental apropiado. La información en esta página y la dental, historias clínicas son correctos a lo mejor de mi conocimiento. Le concedo el derecho a publicar mi dental, antecedentes médicos y otra información sobre mi tratamiento dental a los pagadores de terceros y / o otros profesionales de la salud.

He leído y entendido la información contenida en la hoja de información para pacientes individuales independientes.

X _____
Firma Del Paciente (padre o guardián) Fecha

Nombre del Paciente _____

Fecha _____

Paterno

Primer Nombre

HISTORIA MÉDICA

Nombre del médico _____ Numero del Teléfono () _____

Nombre de otro medico que está cuidándole _____

Si No

- ¿Alguna vez se ha hospitalizado o ha tenido una operación mayor? *Explique.* _____
- ¿Alguna vez se ha lastimado seriamente el cuello o la cabeza? *Explique.* _____
- ¿Está tomando medicamentos, aspirina, píldoras, o drogas? *Explique.* _____
- ¿Está tomando herbaros? *¿Cuáles?* _____
- ¿Está tomando vitaminas? *¿Cuales?* _____
- ¿Ha tomado fen-phen? *¿Cuando?* _____
- ¿Tiene alergias a cualquier medicamento o sustancia? *Indique abajo::*
 Aspirina Penicilina Codeína Metal Hule látex Acrílico Otro _____

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes? Favor de marcar si/no por cada condición.

Si No

Si No

Si No

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor conyutura mandíbula | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Susurro de corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamento Cortisone | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Palpitación irregular | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hinchamiento de extremidades | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reciente pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina del pecho | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con respirar | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desorden cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiración corta | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sed excesiva |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prolapso válvula mitral | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergia al polen | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvula artificial cardíaca | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis <i>tipo</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía al corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictercia amarilla |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas con los riñones |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Baja presión sanguínea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demayos o vértigo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <i>tipo</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adicción a una(s) droga(s) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moretones salen con facilidad | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adicción a alcohol |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiación (Rayos X) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bajo cuidado de psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas sanguínea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimoterapia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Llaga alrededor de la boca |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coyuntura artificial | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nerviosidad |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias a medicamentos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH positivo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias a pollen o polvo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad venerea | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Discapacidad <i>tipo</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ronchas de la piel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Mujeres - Favor de indicar

- Embarazada Tratando de concebir Lactando Tomando contraceptivos orales Menopausal

Que yo sepa, todas las repuestas previas son verídicas. Si hay cambios en el estado de mi salud, les dejaré saber al dentista y a los representantes del consultorio.

X _____ *Firma del Paciente (padre o guardián)*

Fecha _____

ASA CLASSIFICACION _____ DDS/DMD _____ BP _____ Pulse _____ Respiration _____

Fecha	Updates	None	Firma del Paciente	BP	ASA	DDS/DMD Initials
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

NOMBRE _____ FECHA _____

HISTORIA DENTAL

Sí No ¿Tiene usted exámenes y limpiezas dentales regularmente?

Fecha de última cita dental _____

¿Generalmente, cómo usted se ha sentido sobre sus anteriores citas dentales?

Muy ansioso y asustado Poco ansioso y asustado no es importante Mire adelante a él

Marque cualquiera del siguiente que usted ha experimentado en los últimos dos años:

dolor del diente dientes sensibles manchas quijada dolorida espacio entre los dientes
 absceso mal aliento dientes amarillo/grises dificultad para masticar aprieta/hacer rechinar
 hinchazón dentro de boca encías doloridas dientes flojos dificultad para tragar otro _____
 cara hinchada encías que sangran boca seca comida atrapada entre los dientes
 salido relleno acumulación de sarro sensación ardiente dientes apretados/torcidos

Comentarios _____

Marque cualquiera del siguiente que usted utiliza regularmente en tu casa:

cepillo de diente suave cepillo especial irrigador oral extremidad de las encías
 cepillo de diente duro hilo dental limpiador entre los dientes accionado limpiador de dentadura
 cepillo de dientes medio enbrador de hilo dental enjuague, gel, o tableta de fluoruro pegamento para dentadura
 cepillo de dientes eléctrico pica diente enjuague oral otros _____

Marque el tipo de crema dental que usted utiliza:

fluoruro control del sarro ventaja de la goma blanqueador
 protección de la sensibilidad bicarbonato de sodio peróxido ventaja múltiple

Estime cuánto tiempo le toma para limpiar sus dientes y encías cada vez:

Cepillo _____ Hilo dental _____

¿Cuántas veces cada día, semana usted cepilla y usa el hilo dental?

Cepillo _____ vez/veces por día O _____ vez/veces por semana.

Hilo dental _____ vez/veces por día O _____ vez/veces por semana.

Sí No ¿Tiene usted dificultad de limpiar los dientes adecuadamente? (marque todos que se apliquen)

Difícil de sostener el cepillo de dientes Difícil de utilizar el hilo dental No puede cepillar, o usar el hilo dental ningún tiempo
 No ve bien

Otros/Comentarios _____

Sí No No sabe ¿Vive usted en una comunidad fluorada?

Sí No ¿Usted utiliza un filtro del agua o un agua en botella para su fuente principal del agua potable?

Si es sí, el tipo de filtro _____ marca de fábrica del agua _____

COMPORTAMIENTO/ HÁBITOS

Sí No ¿Utiliza usted el tabaco en alguna forma? ¿Si es sí, en qué forma y que frecuencia?

Tipo (de cigarrillos, de tabaco de la escupida, otro forma) _____ Frecuencia/cantidad _____ ¿Cuanto tiempo? _____

Sí No ¿Consume usted el alcohol? ¿Si es sí, frecuencia/cantidad _____

Marque los dulces, almidones que usted come regularmente. En el espacio, al lado de cada alimento, indique cada cuanto usted come de éstos alimentos cada día:

mentas _____ la soda _____ papitas _____ dulces _____
medicina de tos _____ café o té con azúcar _____ galletas _____ frutas seco _____
chicle _____ otras bebidas azucaradas _____ otros comida con azucara _____

La CREENCIA/ACTITUDES

¿Que importante tiene para usted prevenir las cavities, problemas de las encías, o otras enfermedades de la boca?

Muy importante algo importante No es importante

¿Quiere usted que el profesional dental le haga algunas recomendaciones de específicos productos para controlar sus necesidades orales?

Sí No estoy seguro No

Creo que tengo control sobre la condición de mi boca. creo creo un poco no creo

ENCUESTA SOBRE LA PREVENCIÓN



FORMAR DE CONSENTIMIENTO HIPAA DEL PACIENTE

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad brinda información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. El Aviso contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos conforme a la ley. Usted tiene el derecho de revisar nuestro Aviso antes de firmar este Consentimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina.

Tiene derecho a solicitar que limitemos la forma en que la información médica protegida sobre usted se utiliza o divulga para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, cumpliremos ese acuerdo.

Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para su tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Usted tiene el derecho de revocar este Consentimiento, por escrito, firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho con respecto a su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

El paciente comprende que:

La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso. El consultorio se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad. El paciente tiene el derecho de restringir el uso de su información, pero el consultorio no tiene que aceptar esas restricciones. El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán. El consultorio podrá condicionar la recepción del tratamiento a la ejecución de este Consentimiento.

Este consentimiento fue firmado por: _____
Nombre del paciente impreso o parte responsable

Firma del paciente o de la grupo responsable fecha

Relación con el paciente (si no es paciente)

Reclamos: Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar un reclamo a la dirección de los programas dentales de *Phoenix College*, teléfono: (602) 285-7262; dirección: 3144 North 7th Avenue; sitio: www.phoenixcollege.edu/dental. También puede presentar una queja a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Plazo de aviso: Este aviso es efectivo 9/1818. Las disposiciones de este aviso pueden cambiar. Si así fuera, una versión actualizada del aviso será publicada en el sitio de Internet indicado arriba.

Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA

Yo, _____, Dirijo a mi proveedores de servicios médicos y que revelen y libere mi información de salud protegida que se describe pagadores debajo a:

Nombre:

Relación:

La información de contacto: _____

Información de salud que se revalara a petición de la persona mencionada anteriormente (marque A o B):

- A. **Revelar** mi expediente completo de salud (incluyendo, entre otros, diagnósticos, análisis de laboratorio, pronóstico, tratamiento y facturación, para todas las condiciones)
- B. Revelar mi expediente de salud, como se indicó anteriormente, **PERO no revelar** lo siguiente (marque según corresponda):
- Radiografías dentales
 - Información del historial médico
 - Nota Anotaciones clínicas
 - Información de gráficos dentales / periodontales
 - Tratamiento de salud oral proporcionado
 - Información de facturación
 - Otro (especifique): _____

Forma de revelación (a menos que otro formato sea mutuamente acordado entre mi proveedor y la persona designada):

- Un registro electrónico o acceso a través de un portal en línea
- Copia en papel

Esta autorización será eficaz hasta (Marque una):

- Todos los períodos pasados, presentes y futuros
- Fecha o evento: _____

a menos que lo revoque. (NOTA: Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificándolo a sus proveedores de atención médica, preferiblemente por escrito).

Firma del individuo dando autorización

Fecha de Nacimiento

Fecha

Nota: Autoridad HIPAA para el derecho de acceso: 45 C.F.R. § 164.524

Recurso proporcionado por la Comisión de Ley y Envejecimiento de ABA | www.americanbar.org/aging

Phoenix College Dental Clinic | 3144 N 7th Ave | Phone: (602)285-7323 Fax: (602)285-7127



PHOENIX COLLEGE DENTAL CLINIC

1202 W. THOMAS ROAD (mailing address) 3144 North 7th Avenue (physical address)
PHOENIX, AZ 85013
PHONE: 602-285-7323
FAX: 602-285-7127

I (print name of patient) _____, Birth date _____
request the release of my dental records dated _____, including dental films/images, for
diagnostic and hygiene treatment purposes.

X _____ Date: _____

(Patient's/Guardian's Signature)

This signature of request is applicable until revoked by the patient

{Check one below}

___ to the Phoenix College Dental Clinic for the purposes stated above. Digital images may be e-mailed
to: pc-dental-images@phoenixcollege.edu.

___ to / request from: _____ at: (Fax #) _____

(E-mail address): _____

Requested records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ U.S. Postal _____

Request for records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ Fax _____ USPS _____

SUBSEQUENT REQUESTS AND FORWARDING

Digital Images dated: _____ Periodontal Charting dated: _____

Notes/Comments: _____

To: (e-mail address): _____

Requested records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ U.S. Postal _____

Request for records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ Fax _____ USPS _____

Digital Images dated: _____ Periodontal Charting dated: _____

Notes/Comments: _____

To: (e-mail address): _____

Requested records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ U.S. Postal _____

Request for records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ Fax _____ USPS _____

Digital Images dated: _____ Periodontal Charting dated: _____

Notes/Comments: _____

To: (e-mail address): _____

Requested records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ U.S. Postal _____

Request for records sent by: _____ on: _____ via: e-mail _____ Fax _____ USPS _____