



## 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 cierran 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.



**PHOENIX COLLEGE**

A MARICOPA COMMUNITY COLLEGE

## 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.

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](mailto: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.


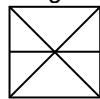


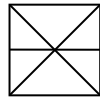

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PACIENTE ALTO - 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 Assignment: Clinical Heath Gingivitis Patient is ineligible \_\_\_\_\_  
Stage: I II III IV

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





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 dolorido  dientes flojos  dificultad para tragar  otro \_\_\_\_\_  
 cara hinchada  encías que sangran  boca seca  comida atrapada entre los dientes  
 salió 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 los 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

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 los encías, o otras enfermedad de la boca?

Muy importante  algo importante  No es importante

¿Quiere usted que el profesional dental le haga algunas recomendaciones de específicas 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 PREVENCION**



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 flúor
- 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 clínico-paciente cuando dicha relación médico clínico-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.

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 \_\_\_\_\_



# 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](http://www.americanbar.org/aging)

Phoenix College Dental Clinic | 3144 N 7<sup>th</sup> 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: 602-441-0453

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 \_\_\_