

DENTAL PATIENT MEDICAL HISTORY
Santa Ynez Tribal Health Clinic

Conteste por favor a todas las preguntas de siguiente. Si usted es inseguro cómo contestar cualquier pregunta, pide por favor el personal de la oficina central ayuda.

¿Es usted un paciente registrado en esta clínica? Sí No

¿Cuál es la razón de su visita a la clínica dental? _____

¿Cuál es el nombre de su médico? _____

¿Cuál es la fecha de su examinación física pasada? _____

¿Ha habido cambios en su salud general este último año? Sí No

Enumere cualquier medicación (las píldoras o las drogas) su están tomando actualmente: _____

COMPRUEBE POR FAVOR:

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Usted ahora tiene un dolor de muelas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Usted ha recibido asistencia médica en los últimos dos años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Le nunca han hospitalizado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Es usted que toma las drogas del reemplazo del calcio (IE: ¿Fosamax, Actonel, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Es usted alérgico a o el enfermo hecho por medicina tal como penicilina, aspirin, o codeína? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usted ha tenido nunca un problema de la sangría que necesitó el tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

COMPRUEBE POR FAVOR:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. ¿Usted tiene dolores de pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Usted utiliza el alcohol u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Usted utiliza productos de tabaco?
¿Si sí, usted quiere parar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Usted tiene razón para creer que le han expuesto al SIDA o al VIH? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Cualquier persona en su familia tiene diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Usted tiene actualmente, o usted ha tenido nunca, siguiente un de los?

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Murmullos de corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Apuro del sino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Cáncer o tumors | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tensión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Epilepsia o asimientos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Artritis/reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Válvula o marcapasos de corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Empalme artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Sexual - enfermedad transmitida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Problemas del riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Movimiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Problemas del hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Úlceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Nervioso o trastornos mentales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Enfermedad pulmonar de la TB o | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PACIENTES FEMENINOS SOLAMENTE

Está usted actualmente:

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Embarazado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tomar píldoras de control de la natalidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Cuidando? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Usted hace enfermedad, condiciones, o problemas no enumerar? Sí No

Si sí, especifique por favor: _____

¿Usted cualquiera tiene preocupaciones por la recepción del tratamiento dental? Sí No

Si sí, especifique por favor: _____

Las respuestas que he dado son verdades al mejor de mi conocimiento. Estoy indicando mi consentimiento para los procedimientos dentales rutinarios tales como radiografías, limpieza, rellenos, coronas, y anestesia local firmando abajo.

Firma paciente: _____

Fecha: _____

Firma dental del abastecedor: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLOGÍA GENERAL PARA LOS PROCEDIMIENTOS

NOTA: ALGUNOS PROCEDIMIENTOS PUEDEN NO ESTAR DISPONIBLES EN LA CLÍNICA TRIBAL DE LA SALUD DE SANTA YENZ

1. **Drogas y Medicaciones**
Los antibióticos, las analgesias, y otras medicaciones pueden causar las reacciones alérgicas que causan rojez e hincharse de tejidos finos, de dolor, de itching, de vomitar, y/o de choque anafiláctico (reacción alérgica severa).
2. **Cambios en plan del tratamiento**
Durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras que trabaja en los dientes que no eran evidentes durante la examinación; el ser más común terapia del canal de la raíz después de procedimientos restaurativos rutinarios.
3. **Retiro de dientes**
Hay (a veces) alternativas al retiro de los dientes, que el dentista explicará a usted. Quitar los dientes no quita siempre toda la infección, y puede ser necesario tener tratamiento adicional. Hay riesgos implicados en hacer dientes quitar, incluyendo el dolor, hinchazón, extensión de la infección, zócalo seco, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengüeta y el tejido fino circundante (parasthesia) que puede durar por un período del tiempo indefinido (los días o los meses), o fracturó la quijada. El tratamiento adicional por un especialista o una hospitalización, si las complicaciones se presentan durante o después del tratamiento, es la responsabilidad del paciente.
4. **Coronas, Puentes, y Casquillos**
A veces, no es posible emparejar el color de dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Las coronas temporales pueden ser aplicadas, que pueden salir fácilmente, y es la responsabilidad del paciente ser (tenga cuidado) se asegura de que están guardadas encendido hasta que se entregan las coronas permanentes. La oportunidad final de realizar cambios en una corona, un puente, o un casquillo nuevo (forma incluyendo, ajuste, tamaño, y color) estará antes de cementación final.
5. **Dentaduras - Completas o Parciales**
Las dentaduras llenas o parciales son artificiales, construido del plástico, del metal y/o de la porcelana. Los problemas asociados a usar estas aplicaciones son flojedad, dolor, y fractura posible. La oportunidad final de realizar cambios en una dentadura nueva (forma incluyendo, ajuste, tamaño, y color) acostará los "dientes en cera" intentar-en visita. La mayoría de las dentaduras requieren reforrar aproximadamente tres (3) a doce (12) meses después de la colocación inicial. El coste para este procedimiento no se incluye en el honorario inicial de la dentadura.
6. **Tratamiento De Endodontic (Canal De la Raíz)**
No hay garantía que el tratamiento del canal de la raíz ahorrará un diente, y las complicaciones pueden ocurrir del tratamiento. De vez en cuando, los objetos del metal se cementan en el diente o se extienden a través de la raíz, que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. De vez en cuando, los procedimientos quirúrgicos adicionales pueden ser necesarios después del tratamiento del canal de la raíz (apicoectomy).
7. **Pérdida Periodontal (Tejido fino Y Hueso)**
Los problemas periodontales causan la goma y la inflamación o la pérdida del hueso, que pueden conducir a la pérdida de dientes. Los planes alternativos del tratamiento son cirugía, reemplazos, y/o extracciones de la goma. La empresa de cualquier procedimiento dental puede tener un efecto nocivo futuro en condiciones periodontales.
8. **Rellenos**
El cuidado debe ser ejercitado en la masticación en rellenos, especialmente sobre las primeras veinticuatro (24) horas, para evitar fractura. Un relleno más extenso que diagnosticado originalmente puede ser requerido debido al decaimiento adicional. La sensibilidad significativa es un efecto secundario común de un relleno nuevamente colocado.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Su firma abajo autoriza al dentista y/o a higienista de la clínica tribal de la salud de Santa Ynez, a administrar cualquier tratamiento, o a administrar tales anestésicos, analgesias, y/o sedativos, y a realizar tales operaciones, como puede ser juzgado necesario o recomendable en su diagnosis y tratamiento. Usted reconoce que le han informado todas las complicaciones posibles de los procedimientos, de los anestésicos, y/o de las drogas.

Nombre paciente (por favor impresión)

Firma Paciente

Fecha

Firma De Parent/Guardian

Fecha

Firma De Dentist/Hygienist

Fecha



Santa Ynez Tribal Health Clinic

90 Via Juana Lane • PO Box 539 • Santa Ynez, Ca. 93460

P: (805) 688-7070 • F: (805) 686-2060

E: info@sythc.org • W: www.sythc.org

Chart #: _____

Reconocimiento de Practica de Privacidad, Asignación de Beneficios & Directivo de Cuidado Medico

Yo entiendo que la información que e proporcionado y que se encuentra en mi expediente es necesaria para la Clínica Tribal de Santa Ynez y sus empleados, en conjunción con Indian Health Services (IHS), para proporcionarme cuidado para mi salud y bien estar. Yo entiendo que la información de mi expediente médico es almacenada seguramente sea electrónicamente o físicamente, y mi expediente médico no será divulgado a otra agencia o personas, a menos que se especifique como uso rutinario, sin mi consentimiento firmado.

Yo, _____, reconozco lo siguiente:

(Escriba su nombre o nombre del padre/del guarda legal aquí)

- Se me ha proporcionado una copia de *HIPAA Privacy Act Notice* para leer.
- Se me a proporcionado una copia de *Derechos y Responsabilidades del Paciente* para leer.

Puedo pedirle una copia de cualquier forma a la recepcionista si es que elijó.

La clínica Tribal de Santa Ynez (SYTHC) es considerada una facilidad de entrenamiento, y tiene, de tiempo a tiempo, a gente no empleada (estudiantes, internos, doctores interesados en empleo, representantes de cuidado medico, topógrafos, etc.) en nuestros premisas. Normalmente, estas personas no empleadas, son permitidas en areas de cuidado al paciente para poder observar y/o asistir al doctor.

Yo entiendo que tengo la opción de, a cualquier momento, pedir que cualquier persona no empleada (estudiantes, internos, y/o otros profesionales) sea excusada mientras yo esté recibiendo cuidado y servicios medicos.

Asignación de Beneficios:

(Inicial Aquí) Pido que el pago bajo mi seguro médico sea hecho directamente a la Clínica Tribal de Santa Ynez. Yo entiendo que soy responsable financia mente si:

- Mi seguro medico no cubre un servicio específico;
- Mi seguro medico no cubre mis servicios (deducible); y/o
- My seguro medico ha sido terminado.

Poder del Cuidado Médico/Directivo Avanzado del Cuidado Médico:

(Inicial Aquí) Si, a cualquier hora, debería convertirme, temporalmente o permanentemente, incapaz de tomar decisiones de mi cuidado médico, mi poder del cuidado médico será: _____

(Escriba el nombre aquí)

Mi poder del cuidado médico puede tomar todas las decisiones sobre:

- Mi cuidado médico, dental y servicios mentales.

Estas decisiones serán consistentes con mis deseos, o, si mis deseos no son conocidos, serán consistentes con el mejor interés.

Place scan stamp here

Escriba el Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente, Padre, Guardián
o Representante del Paciente

Fecha de Hoy

Firma y Título del Empleado de SYTHC

Fecha de Hoy