

## Consentimiento del paciente para el tratamiento dental y el historial de salud

Complete este formulario, anverso y reverso, y firme como padre o tutor de su hijo en la parte delantera y trasera ("paciente"). TeamSmile proporcionará atención dental gratuita y atención preventiva que incluye, entre otros, exámenes de diagnóstico, radiografías, limpiezas, selladores, empastes, extracciones, pulpotomías, coronas y fluoruro de diamina de plata (SDF) mientras educa al paciente sobre el valor de un compromiso de por vida con el cuidado de la salud oral.

Escuela o organización a la que pertenece el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Elegible para Medicaid (para atención dental de seguimiento): Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Raza/etnia (marque con un círculo todo lo que corresponda) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático \_\_\_\_\_

Negro/Afroamericano \_\_\_\_\_ Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico \_\_\_\_\_ Hispano/Latino \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Idioma(s) hablado(s) en casa: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ -Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ teléfono Celular/móvil \_\_\_\_\_

### EN CASO DE CONTACTO DE EMERGENCIA el día del servicio:

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono preferido: \_\_\_\_\_

Para cada pregunta, indique consentimiento (sí) o no consentimiento (no) colocando una "x" en las casillas correspondientes a continuación.

Sí	No	
		<b>Servicios preventivos y de diagnóstico:</b> limpieza dental, instrucciones de higiene oral, tratamiento con flúor y detección.
		<b>Servicios de restauración de emergencia:</b> empastes, coronas de acero inoxidable, pulpotomía. Se puede usar una anestesia local para estos procedimientos. Se tomarán radiografías.
		<b>Extracción de emergencia de dientes primarios (de leche):</b> extracción de <b>dientes primarios</b> que no se pueden restaurar a través de otros tratamientos. Se puede usar una anestesia local para este procedimiento. Se tomarán radiografías.
		<b>Extracción de emergencia de dientes permanentes:</b> Extracción de dientes permanentes que no pueden ser restaurados a través de otros tratamientos. Se puede usar anestesia local para este procedimiento. Se tomarán radiografías.
		<b>Fluoruro de diamina de plata (SDF)</b> un líquido que ayuda a detener la caries dental. SDF se aplica cada 3, 6 o 12 meses. Se aplicará una pequeña cantidad en el área del diente cariado: no comer ni beber durante 60 minutos después de la aplicación y no cepille el diente hasta la mañana siguiente. El área deteriorada se teñirá de negro permanentemente. Se tomarán radiografías. <b>La estructura dental sana no se manchará.</b> Child no debe ser tratado con SDF si 1) son alérgicos a la plata. 2) Hay llagas dolorosas o áreas crudas en sus encías o en cualquier parte de su boca

**Beneficios de recibir SDF:** Ayuda a detener la caries dental. Rápido. No es necesario adormecer los dientes. No duele.

**Riesgos de recibir SDF:** El área afectada se teñirá de negro permanentemente (Ver Foto). Esto significa SDF está funcionando. Los empastes y coronas del color de los dientes pueden decolorarse si se les aplica SDF. Después de SDF tratamiento, un relleno o corona aún podría ser necesario. Reacción alérgica. Riesgo de que el procedimiento no Detenga la decadencia. No todas las cavidades se pueden tratar con SDF.



Entiendo que el paciente no recibirá tratamiento dental a menos que se dé mi consentimiento. Además, entiendo que no se ha hecho ninguna promesa, garantía o garantía con respecto a los resultados de ningún tratamiento o procedimiento. Entiendo que existen riesgos inherentes en cualquier tratamiento dental, incluidos, entre otros, hinchazón, hematomas, reacción alérgica, cambios en el dolor, etc. Al firmar a continuación, acepto NO responsabilizar a TeamSmile o sus voluntarios por realizar cualquier atención preventiva o tratamiento dental diagnosticado y recomendado por profesionales dentales con licencia. La misión de TeamSmile es proporcionar a su paciente atención dental y preventiva gratuita. Puede revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya confiado en él, enviando una solicitud por escrito por correo electrónico a: info@teamsmile.org. Doy fe de que entiendo la información en este formulario y que se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener.

Nombre del padre/tutor (impreso) \_\_\_\_\_

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

## Historia de Salud

### El formulario debe completarse para el tratamiento

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es una parte de todo su cuerpo. Los problemas de salud que el paciente pueda tener, o la medicación que el paciente **pueda estar tomando o haya tomado**, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá **el paciente**. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

- ¿Está el paciente bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No Si es así, explique: \_\_\_\_\_
- ¿El paciente está tomando algún medicamento?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿El paciente ha sido hospitalizado debido a una emergencia dental?  Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_
- ¿El paciente ha visto alguna vez a un dentista antes?  Sí  No
- ¿El paciente tiene actualmente a un dentista?  Sí  No
- Si no, ¿le gustaría ayuda para encontrar una?  Sí  No
- ¿El paciente tiene algún dolor dental ahora?  Sí  No
- ¿Hay algo más que debamos saber sobre la salud del paciente? Lista: \_\_\_\_\_

**¿El paciente ha tenido antecedentes o ha tenido dificultades con lo siguiente?** Marque cualquiera que corresponda

- |                                   |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH     | <input type="checkbox"/> parálisis cerebral            | <input type="checkbox"/> trastornos alimentarios | <input type="checkbox"/> presión arterial alta               | <input type="checkbox"/> problemas sinusales |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones  | <input type="checkbox"/> enfermedad renal                    | <input type="checkbox"/> tuberculosis        |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> herpes labial/herpes          | <input type="checkbox"/> sangrado excesivo       | <input type="checkbox"/> enfermedad hepática                 | <input type="checkbox"/> respiratorios       |
| <input type="checkbox"/> asma     | <input type="checkbox"/> convulsiones                  | <input type="checkbox"/> desmayos                | <input type="checkbox"/> migrañas                            |  |
| <input type="checkbox"/> Autismo  | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I               | <input type="checkbox"/> problemas auditivos     | <input type="checkbox"/> mono                                |  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo II              | <input type="checkbox"/> problemas cardíacos     | <input type="checkbox"/> trastornos estomacales/intestinales |  |

**¿Alguna vez el paciente ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente?**  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿El paciente es alérgico a alguno de los siguientes?

- Sin alergias  Aspirina  penicilina  codeína  metal  plata  látex  anestésico local  otros \_\_\_\_\_

Que yo sepa, las preguntas en este Formulario de Historia Médica han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a TeamSmile de cualquier cambio en el estado médico del paciente.

**Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_

### **Unautorización para la divulgación de información médica protegida**

Al firmar este documento, usted está permitiendo que el personal de TeamSmile entregue o reciba los registros de atención médica de su hijo a otros proveedores de atención médica o agencias infantiles para brindarle la mejor atención a su hijo. Los registros pueden enviarse a otro dentista, especialista dental u otra entidad de atención médica que el personal de TeamSmile recomiende para tratar a su hijo. La información también se puede compartir con una agencia a la que su hijo esté afiliado (como la escuela, Head Start, etc.) para fines de mantenimiento de registros.

Por la presente autorizo: TeamSmile: 2021 Burlington Street, Kansas City, MO 64116; Teléfono: (816) 820-0640 para recibir o divulgar al proveedor o agencia de atención médica apropiado, los registros de mi hijo para facilitar sus necesidades y / o tratamientos de atención médica.

**Firma del padre/tutor** \_\_\_\_\_

Si hay proveedores o agencias a los que NO desea que los registros de su hijo sean divulgados o recibidos, indíquelos aquí: \_\_\_\_\_

### **Fotografía/Comunicado de prensa**

Autorizo voluntaria y conscientemente a TeamSmile a tomar fotografías de mi hijo con fines publicitarios en nombre de TeamSmile. Las "fotografías" pueden incluir video o fotografía fija, así como impresiones relacionadas, negativos, gráficos por computadora o imágenes electrónicas.

Entiendo que puedo solicitar que los fotógrafos de mi hijo no se tomen ni usen en ningún momento; sin embargo, dicha solicitud no tendrá ningún efecto en las fotografías que ya se han tomado de mi hijo y se han utilizado permisiblemente.

Por la presente, le doy a TeamSmile el derecho y permiso absolutos para publicar o usar o diseminar, incluso a los medios de comunicación y organizaciones de apoyo de TeamSmile, en parte o en su totalidad, el nombre de mi hijo, la historia, y cualquier fotografía tomada de ellos de conformidad con este Comunicado, con fines de marketing y relaciones públicas, incluidos, entre otros: Sitio web, Folletos, boletines informativos y redes sociales, como Facebook.

Reconozco que cualquier fotografía que se tome de mi hijo de conformidad con este Comunicado será propiedad exclusiva de TeamSmile. Entiendo que no tendré derecho a recibir una copia, inspeccionar o aprobar ninguna Fotografía antes de los usos autorizados anteriormente. Entiendo que consentir en permitir el uso del nombre, la historia y las fotografías de mi hijo no es de ningún beneficio directo para mí o mi hijo. Renuncio a todos y cada uno de los derechos que pueda tener sobre cualquier reclamo de pago o regalías en relación con el uso y divulgación de dicha información y fotografías. Yo, junto con mis herederos, representantes y beneficiarios, eximiré a TeamSmile de cualquier reclamo por lesiones o compensación resultante del uso de la información y fotografías de mi hijo de acuerdo con este Comunicado.

Reconozco que TeamSmile puede divulgar la información y/o fotografías de mi hijo a un medio de comunicación o cualquier organización de apoyo de TeamSmile de conformidad con la autorización anterior y que TeamSmile no tiene control sobre cómo dicho medio de comunicación u organización de apoyo usa o presenta la información de mi hijo. información o Fotografías. Como tal, por la presente libero y acepto eximir a TeamSmile de cualquier y toda responsabilidad que surja del uso de la información o fotografías de mi hijo por parte de un medio de comunicación.

➡ **Compañía del padre/tutor** \_\_\_\_\_