



Plan de Salud Dental y Formulario de Consentimiento

Nombre Completo del Paciente: _____ Nombre Preferido: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre Intermedio: _____

Masculino Transgénero Non Binaire Número de Seguro Social
Femenino Transgénera Otro: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____ Empleador: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Método Preferido de Contacto (marque uno): Telf. de Casa Telf. del Trabajo Telf. Celular

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Idioma Preferido (Si es distinto del inglés): _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Etnicidad (marque una) Hispano o Latino **Raza** (marque una o más) Blanca Negra o Afroamericana
No Hispano ni Latino Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico Asiático
Declina a Especificar Nativo Norteamericano o Nativo de Alaska Declina a Especificar

¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo/Familiar Actual Paciente de Sonrisas Dental Health Búsqueda en Internet Compañía de Seguro
Por recomendación del dentista Personal de Sonrisas Dental Health Servicios Sociales del Condado Otro

¿Es usted (el paciente) trabajador de temporada en agricultura o trabajador migratorio? **Sí** **No**

Propósito del Consentimiento: Con la firma de este formulario, Sonrisas Dental Health tiene mi autorización para proporcionar evaluación dental comprensiva (inicial) y periódica (retirar), rayos X y cuidados preventivos. Si estos servicios no son cubiertos o son denegados por mi compañía de seguro, seré responsable de los pagos. Entiendo que después de cada evaluación, se me proporcionará un plan escrito de tratamiento y el tratamiento no será iniciado sin mi consentimiento.

Derecho a Revocar (Suspendir): Tengo el derecho a suspender este Consentimiento en cualquier momento, presentando a Sonrisas Dental Health una notificación escrita de mi revocación. Entiendo que la suspensión de este Consentimiento no afectará ninguna acción que Sonrisas Dental Health tomó por la confianza depositada en este Consentimiento antes de que Sonrisas Dental Health recibiera mi revocación. Sonrisas Dental Health podría declinar a tratarme o continuar con mi tratamiento, si suspendo este Consentimiento.

Política de Citas: Si por cualquier motivo no puede asistir a una cita, por favor notifique a nuestra oficina 24 horas de anticipación. Faltar a una cita sin la indicada notificación se considerará una cita fallida. Si falta a dos citas dentales puede resultar en despido de nuestra clínica. Por favor ser puntual a su cita. Si no puede estar a tiempo, la cita se dará a otro paciente que está esperando.

- He leído la Política de Citas de Sonrisas Dental Health (marque el recuadro)
- He visto o recibido una copia de la Hoja de datos de materiales dentales (marque el recuadro)

Firma del Paciente o Representante: _____ **Fecha:** _____

***Si el paciente es menor de edad o no toma las decisiones de su propio tratamiento, el padre, tutor legal o representante, deberá firmar la parte superior y completar la información al pie.**

Nombre del Representante: _____ Teléfono de Casa: _____

Domicilio: _____ Teléfono Celular: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Relación con el Paciente: _____

Método Preferido de Contacto (marque uno) Telf. de Casa Telf. Celular Telf. del Trabajo Correo Electrónico



Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial 2do Nombre (mm/dd/aaaa)

Información Financiera

Marque los recuadros aplicables y complete la información al pie

Pago privado, Garante Financiero

Si otra persona que no sea el paciente/representante indicado en la página 1 es responsable del pago, por favor, complete la siguiente información:

Nombre: _____ Teléfono de Casa: _____

Domicilio: _____ Teléfono Celular: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Relación con el paciente: _____

Método preferido de contacto (marque uno) Telf. de casa Telf. Celular Telf. del Trabajo Correo electrónico

DentiCal **Número de Identificación:** _____

¿Cuántas personas en su hogar? 1 (Soltero) 2 3 4 5 Otro: _____

¿Cuál es el ingreso total por año del hogar? _____

Información de su Seguro Dental

Presente su tarjeta de seguro dental a nuestro personal.

El seguro ha sido diseñado para reembolsar al titular de la póliza por pérdida y es un contrato entre el titular de la póliza y la compañía de seguro. Como muestra de cortesía hacia usted, presentaremos en su nombre sus peticiones de asegurado y haremos todo lo que esté a nuestro alcance para ayudarlo a ser reembolsado por los reclamos legítimos. En la eventualidad de que su aseguradora demore en hacer los pagos o desestime la petición, la suma a pagar es responsabilidad suya.

Nombre del Suscriptor: _____ Relación del Paciente con el Suscriptor.
Nombre Inicial de Nombre Intermedio Apellido Mismo/a Esposo/a Hijo

Número de Identificación del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento del Suscriptor: _____

Empleador: _____ Nombre del Grupo: _____ Número de Grupo: _____

Compañía de Seguro: _____ Teléfono de Compañía de Seguro: _____

Domicilio Postal de Compañía de Seguro: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

¿TIENE USTED DOBLE COBERTURA DE SEGURO? No Sí Si respondió "sí" sírvase completar lo siguiente

Nombre del Suscrito: _____ Relación del Paciente con el Suscriptor
Nombre Inicial Nombre Intermedio Apellido Mismo/a Esposo/a Hijo

Número de Identificación del Suscrito: _____ Fecha de Nacimiento del Suscrito: _____

Empleador: _____ Nombre del Grupo: _____ Número del Grupo: _____

Compañía de Seguro: _____ Telf. de Compañía de Seguro: _____

Dirección Ofna. de Facturación de Compañía de Seguro: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal





Formulario de Historia Médica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre Inicial 2do Nombre

Si usted está completando este formulario para otra persona, sírvese llenar lo siguiente: Su Nombre: _____

Relación con el Paciente: _____

Números de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Historia Dental

1. Dentista Anterior/Consultorio: _____ Dirección: _____

2. Última vez que visitó al dentista _____ ¿Le sacaron rayos X? Sí No/Si respondió sí Boca Completa Sólo Molares
¿Qué procedimiento le hicieron en esa visita? _____
¿Le recomendaron algún tratamiento dental que usted no ha completado? Sí No
Si su respuesta es sí, describa: _____

3. ¿Está sintiendo dolor dental o problemas en este momento? Sí No
Si su respuesta es sí, describa: _____

4. ¿Tiene los dientes sensibles? Sí No
Si su respuesta es sí ¿qué causa la sensibilidad? _____

5. ¿Le preocupa el mal aliento? (mal olor) Sí No

6. ¿Alguna vez ha sufrido un trauma o se ha lastimado la cara o la boca? Sí No

7. ¿Tiene conocimiento de los problemas TMJ? Sí No
¿La articulación de sus mandíbulas hace clic, se sale de lugar, rechina, se inmoviliza o le duele? Sí No

8. ¿Tiene dentadura postiza total o parcial? No Sí Total Superior Parcial Superior Total Inferior Parcial Inferior
¿Tiene alguna preocupación/problemas con su dentadura postiza? Sí No
Si su respuesta es sí, describa: _____

9. ¿Le han tratado alguna vez por enfermedades de las encías? Sí No
Si su respuesta es sí ¿qué tratamiento le hicieron? _____

10. ¿Tiene algo más que agregar que sea de valor para su dentista? _____

Historia Médica

1. Médico de Cabecera/Clinica Médica: _____ # de Teléfono: _____
Dirección: _____ Fecha del último examen médico _____

2. ¿Está bajo el cuidado de un médico? Sí No Si su respuesta es sí, ¿por qué motivo(s)? _____

3. Actualmente ¿está tomando algún medicamento/droga con receta? (incluyendo los que no necesitan receta) Sí No
Si su respuesta es sí, por favor, haga una lista _____

4. Es usted alérgico a: Penicilina Sulfa Codeína Anestesia Local Látex
Amoxicilina Aspirina AINEs (Fármacos Antiinflamatorios no Esteroidales) NINGUNA
Otras Alergias: _____

5. (Mujeres) ¿Está embarazada? Sí No Fecha de parto _____ ¿Está lactando? Sí No



Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
 Apellido Nombre

6. ¿Fuma Usted? Sí No Si respondió sí, ¿cuánto _____? ¿Por cuánto tiempo? _____
 7. ¿Mastica tabaco? Sí No Si respondió sí, ¿cuántas veces al día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
 8. ¿Bebe usted alcohol? Sí No Si respondió sí, ¿cuántas bebidas al día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____
 9. Tiene o alguna vez ha tenido

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Insuficiencia Cardio-congestiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Artritis
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ataque Cardíaco (Infarto del Miocardio)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sonda Naso-gástrica
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cirugía al Corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cáncer
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reemplazo de Válvula Cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Radiación
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Angina de Pecho	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	DOPC (Obstrucción Pulmonar Congénita)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fibrilación Auricular	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Problemas Auditivos
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Glaucoma
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad Reumática del Corazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Defecto Cardíaco Congénito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reemplazo de articulación Fecha de Cirugía _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Herpes Bucales (lesiones de resfrío)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	DRGE (Reflujo Gaseoso-esofágico)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	VIH Positivo (Virus de Inmunodeficiencia Humano)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Úlceras Estomacales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Terapia Física
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Dependencia de medicamentos
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diabetes – Dependiente de Insulina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad Crónica de los Riñones
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diabetes – No dependiente de Insulina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Diálisis
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ansiedad
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Depresión
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Bipolar
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Alzheimer
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Demencia con desórdenes de conducta
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Demencia sin desórdenes de conducta
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Trastorno Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Autismo
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Desmayos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Déficit de Atención e Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Síndrome de Down
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Discapacidad intelectual
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis			

Moderado Severo Profundo

Tipo: A B C

Otras Condiciones: _____

10. ¿Ha tenido alguna otra enfermedad seria, hospitalización o accidente? Sí No Si respondió "sí" sírvase explicar: _____

11. ¿Tiene usted necesidades especiales? Sí No Si respondió "Sí" por favor, explique: _____

12. ¿Toma o ha tenido que tomar IV oral o bifosfonatos? (medicamentos para tratar osteoporosis o cáncer) Sí No

13. ¿Necesita usted silla de ruedas? Sí No Si respondió "sí" debe completar la página 3, Necesidades de Seguridad Para Transportar al Paciente.

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Firma del Paciente*: _____ Fecha: _____

*Si está llenando este formulario para otra persona o si usted es un intérprete, por favor, firme al pie:

Firma*: _____ Fecha: _____





Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Y

Autorización para la divulgación, uso y divulgación de información médica protegida

Me ofrecieron y / o recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sonrisas Dental Health; y entiendo que puedo solicitar una copia en cualquier momento.

(Por favor, marque la casilla si está de acuerdo)

Autorizo la divulgación de mis registros con el fin de la continuidad de la atención, incluidos los registros de dentistas anteriores. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y la coordinación de la atención médica, y por otras razones, según las condiciones específicas de la ley.

Este consentimiento terminará un año después de la fecha en que se firma este formulario, a menos que indique una fecha de vencimiento o un evento específico aquí:

Fecha de vencimiento ____ / ____ / _____, o un evento específico _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Si el paciente es menor de edad o no toma sus propias decisiones de tratamiento, el padre, tutor o representante debe completar lo siguiente:

Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del representante del paciente _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____



Para uso exclusivo del centro: intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro PNP y el consentimiento para la divulgación, el uso y la divulgación de la PHI de la persona como se describe anteriormente, pero no se pudo obtener porque:

- **El individuo se negó**
- **Prohibida la comunicación con las barreras de obtención del reconocimiento y consentimiento**
- **Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento y consentimiento.**
- **Otro (por favor especifique) _____ Iniciales del personal de SDH _____**



Aviso de Prácticas de Privacidad

De acuerdo con nuestros registros, usted está catalogado como responsable de sí mismo. En cumplimiento de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, debemos limitar la divulgación de información médica o financiera protegida a usted o al contacto financiero que figura en la lista.

Si desea darnos una autorización por escrito para divulgar información médica o financiera protegida a cualquier otra persona con respecto a su cuidado dental, indique su nombre (s) a continuación. Por favor firme y ponga la fecha en el área provista.

Llame a nuestra oficina si tiene alguna pregunta al (650) 727-3480.

Sonrisas Dental Health, Inc tiene mi permiso para divulgar información médica o financiera protegida a la (s) persona (s) que aparece a continuación:

Nombre (Favor de imprimir)	Relación con el Paciente	Número de Teléfono
----------------------------	--------------------------	--------------------

Nombre (Favor de imprimir)	Relación con el Paciente	Número de Teléfono
----------------------------	--------------------------	--------------------

Nombre del Paciente(Favor de imprimir)	Firma del Paciente	Fecha
--	--------------------	-------

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 etapas 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 de 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 de 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 la 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 mas que amalgama)
- Uso limitado porque no es recomendado usarse en superficies de dientes permanentes en donde se muerde
- 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 la 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”

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Efectivo desde: 1ro de noviembre, 2015

Apple Tree Dental – Oficina Ejecutiva. Dirección: 430 North El Camino Real, San Mateo, CA 94401-3710 (Attention Office Manager)
Teléfono: 650-727-3480, Toll Free: 844-403-7887; Fax: 650-727-3519; Web site: www.sonrisasdental.org
Oficial de Privacidad: Bonnie Jue, DDS; Teléfono: 650-727-3480; Email: bonnie.jue@sonrisasdentalhealth.org

Aviso de prácticas de confidencialidad: Su Información. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe como su información dental/de salud puede ser usada y revelada por Apple Tree Dental (“Apple Tree”) y cómo puede conseguir acceso a esta información. *Por favor revísela cuidadosamente.*

SUS DERECHOS: Usted tiene ciertos derechos concernientes a su información de salud. Sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades son:

- 1. Obtener una copia electrónica o en papel de su registro dental:** *[Minn. Stat. §144.292 subd.6]
 - Puede solicitar ver/pedir una copia electrónica o impresa de su registro dental e información de salud que tengamos. Pregúntenos cómo. Ante una solicitud impresa, proveeremos una copia o resumen de su información dental/de salud en un tiempo razonable
 - Si solicita ver o recibir una copia de su registro para revisar su atención dental actual, es posible que no le cobremos una tarifa.*
 - Si solicita copias de sus registros de cuidado dental anterior, o para ciertas apelaciones, posiblemente cargaremos tarifas específicas.*
- 2. Solicitar que su registro dental sea enmendado o corregido:**
 - Puede solicitarnos que corriamos su información dental/de salud que considere es incorrecta o incompleta. Consúltenos como hacer esto. Podemos decir “no” a su petición, pero le informaremos por escrito por qué en 60 días.
- 3. Solicitarnos que lo contactemos confidencialmente:**
 - Puede solicitarnos que lo contactemos en una forma específica, por ejemplo, al teléfono de casa o de de su oficina, o mediante envío de correo a una dirección distinta.
 - Diremos que “sí” a todas las peticiones razonables.
- 4. Solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos:**
 - Puede solicitarnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o para nuestras operaciones (TPO). No estamos obligados a estar de acuerdo con su petición, y podemos decir que “no” si esto afectara su tratamiento. Tales peticiones deben ser hechas por escrito.
 - Si paga completamente de su propio bolsillo por un servicio o ítem de tratamiento dental, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica/dental para propósito de pago o para nuestras operaciones. Aceptaremos a menos que una ley requiera que compartamos esa información. *La ley de Minnesota requiere consentimiento para la divulgación de tratamiento, pago o información de operaciones. [Minn. Stat. § 144.293 subd.2]*
- 5. Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información:**
 - Puede solicitar una lista (relación) de las veces que hemos compartido su información dental/médica durante los 6 años previos desde la fecha en que lo solicita, incluyendo con quién la hemos compartido y por qué. Tal solicitud debe ser hecha por escrito.
 - Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas acerca de tratamiento, pago y operaciones de cuidado dental, y ciertas otras divulgaciones tales como aquellas que usted nos haya solicitado hacer. Le proveeremos de una lista/relación gratis por año, pero le cargaremos una tarifa razonable basada en el costo, si es que nos solicita otra dentro de 12 meses.
- 6. Obtener una copia de este aviso de privacidad:**
 - Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento y responderemos rápidamente, aún si acepta recibirla electrónicamente.
- 7. Presentar una queja si es que usted siente que sus derechos han sido violados:**
 - Puede quejarse contactando a nuestro Oficial de Privacidad utilizando la información en la parte superior de esta página, si es que siente que hemos violado sus derechos. *No tomaremos represalias contra usted por ingresar una queja.*
 - Puede ingresar una queja con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EEUU enviando una carta a: 200 Independence Ave, SW Washington DC 20201, o llamando al 1-877-696-6775, o visitando la siguiente pagina web: <http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipaahowtofiles.pdf>

SUS PREFERENCIAS

- 1. Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos:**
 - Si tiene una preferencia clara sobre compartir su información en las situaciones abajo descritas, háblenos. Díganos lo que desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones escritas. En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:
 - a. NO compartamos información con familia, amigos cercanos u otros involucrados en su cuidado, como su representante personal
 - b. No compartamos información en una situación de alivio de desastre
 - c. No incluyamos su información en un directorio de hospital
 - Si no es capaz de indicarnos su preferencia, por ejemplo, si estuviera inconsciente, pueda que compartamos su información si consideramos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando se requiera para minimizar una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad.
- 2. Su autorización:** Si provee autorización por escrito para permitir otros usos o divulgación de su información dental/medica que no están descritos en la sección “Nuestros Usos y Divulgaciones” en la siguiente página, puede revocar tal autorización por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectara el uso o divulgación permitida por su autorización mientras esta estuvo en efecto.
- 3. Casos en los que nunca compartiremos su información a menos que nos dé permiso por escrito:**
 - Propósitos de marketing; venta de su información; en la mayoría de notas de psicoterapia y para la mayoría de otras razones.
- 4. Recaudación de fondos:** Pueda que lo contactemos para recaudar fondos, pero puede solicitarnos que no lo contactemos nuevamente.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Efectivo desde: 1ro de noviembre, 2015

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

1. **Cómo típicamente usamos o compartimos su información dental/de salud:** Necesitamos su consentimiento antes de divulgar su información protegida de salud para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de nuestra organización (TPO), a menos que la divulgación sea a una entidad relacionada, tales como otros Centros de Salud Dental Apple Tree, o la divulgación sea en caso de emergencia médica y no podamos obtener su consentimiento debido a su condición o la naturaleza de la emergencia médica. Típicamente compartimos su información dental/de salud en la siguientes formas:

T = Su Tratamiento – Podemos compartir su información de salud con un proveedor en nuestra red Apple Tree. Podemos utilizar su información dental/de salud y compartirla con otros profesionales (tales como dentistas, médicos o proveedores de salud que ejecuten un tratamiento que nosotros no proveamos, farmacéuticos, personal de laboratorio dental o médico) que lo están tratando, *solamente si es que tenemos su consentimiento*. Sólo podemos divulgar sus registros dentales/de salud a entidades de salud y proveedores fuera de nuestra red Apple Tree *sin su consentimiento si es que es una emergencia y usted no es capaz de proveer consentimiento debido a la naturaleza de la emergencia.* ** [Minn. Stat. §144.293 subd.2 y 5]

P = Pago / Facturación – Podemos utilizar y compartir su información dental/de salud para facturar y obtener pago de planes de salud u otras entidades solamente si es que obtenemos su consentimiento. **

O = Operaciones Organizacionales – Podemos usar y compartir su información dental/de salud en conexión con nuestras operaciones de cuidado de salud para manejar nuestra oficina, mejorar su cuidado y contactarlo cuando sea necesario. Ejemplos de operaciones de cuidado de salud pueden ser: planeamiento de negocio, servicios gerenciales y administrativos, evaluación/mejora de la calidad y actividades de licenciamiento, evaluar a nuestros profesionales dentales y actividades de ejecución del trabajo, conducir programas de entrenamiento y educación, así como actividades de acreditación, certificación, licenciamiento o credencialización. Requerimos obtener su consentimiento antes de divulgar sus registros de salud a otros proveedores para sus propias operaciones de cuidado de salud. **

2. **Otros usos y divulgaciones para compartir su información dental/de salud:** Tenemos permitido o requerimos compartir su información en otras formas que contribuyan al bienestar público, tales como salud pública e investigación. Debemos cumplir muchas condiciones de ley antes de compartir su información para estos propósitos. Para mayor información vea: <http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>
 - a. **Salud y seguridad pública:** Podemos compartir su información dental/de salud en ciertas situaciones de salud y seguridad pública tales como: prevención de enfermedades; ayuda con retiro de productos; reportes de reacciones adversas a medicamentos; reportes de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica; esfuerzos de socorro en desastres y prevención o reducción de una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona.
 - b. **Investigación:** Podemos utilizar o compartir su información para investigación en salud *si es que usted no se opone*. [Minn. Stat. §144.295 subd.1]
 - c. **Para cumplir con la ley:** compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo al Departamento de Salud y Servicios Humanos si es que desea verificar que estamos cumpliendo con leyes federales de privacidad. [Minn. Stat. §144.293 subd.2]
 - d. **Para responder a peticiones de donación de órganos y tejidos:** podemos compartir su información con las organizaciones de obtención de órganos, *solamente con su consentimiento*. [Minn. Stat. §525A.14]
 - e. **Para colaborar con un juez o médico forense:** Podemos compartir su información dental/de salud con un juez y médico forense cuando un individuo fallece. *Necesitamos consentimiento* para compartir información con un director de funerales. [Minn. Stat. §390.11 subd.7(a)]
 - f. **Para entregar compensación de trabajador, cumplimiento de la ley y otras peticiones gubernamentales:** Podemos utilizar o compartir su información dental/de salud para reclamos de compensación de trabajadores, propósitos de cumplimiento de la ley o con un oficial de la ley *con su consentimiento*, a menos que la ley lo requiera. [Minn. Stat. §144.293 subd.2] También podemos utilizar/compartir su información con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley. Igualmente, para funciones gubernamentales especiales como: militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial *con su consentimiento, a menos que lo requiera la ley*. [Minn. Stat. §144.293 subd.2]
 - g. **Para responder a litigios y acciones legales:** Podemos compartir su información dental/de salud en respuesta a una orden administrativa o de una corte, o en respuesta a una citación. Buscaremos consejo legal al recibir tales documentos. [Minn. Stat. §144.293 subd.2]
 - h. **Otras consideraciones de la ley estatal:** Requerimos describir cualquier ley estatal u otras que requieran mayores límites en nuestra divulgación. Por ejemplo, no compartiremos ningún registro de abuso de sustancias, HIV/AIDS, o tratamiento de psicoterapia sin su permiso escrito.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

1. Mantener privacidad y seguridad: Nos es requerido por ley, mantener la privacidad y seguridad de su información protegida de salud
2. Informarle si es que ha ocurrido alguna infracción: Le notificaremos prontamente si es que ocurre una brecha que comprometa la privacidad y seguridad de su información.
3. Seguir las prácticas del aviso: Debemos seguir los deberes y prácticas de seguridad descritas en este aviso y darle una copia de éste. No compartiremos su información más que como está descrita aquí *a menos que usted nos autorice por escrito*. También puede cambiar de parecer en cualquier momento, si cambia de parecer háganoslo saber por escrito. Para mayor información vea:

<http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/understanding-notice-20121115-spn.pdf>

Fecha Efectiva y Cambios a los Términos de Este Aviso - La fecha efectiva de este Aviso de Prácticas de Privacidad es Noviembre 1, 2015 y permanecerá en efecto hasta que una versión revisada la reemplace. Podemos cambiar los términos de este aviso y tales cambios se aplicarán a toda la información suya que poseemos, incluyendo información de salud que hemos creado o recibido antes de que el aviso cambie. Versiones revisadas del aviso están disponibles a pedido en nuestra oficina y en nuestra página web.

Información de Contacto del Oficial de Privacidad: Refiérase al recuadro información de contacto al inicio de la página 1.

Lista de Entidades Relacionadas Cubiertas Bajo Este Aviso: Este aviso es adoptado por todos los Centros de Salud Oral Apple Tree y sus afiliados en Minnesota. Su información puede ser compartida, según sea necesario, con otras entidades de Apple Tree Dental para operaciones organizacionales, de tratamiento y de pago. Apple Tree tiene Centros de Salud Dental en las siguientes localidades de Minnesota: Coon Rapids, Mounds View, Madelia, Rochester, Hawley y Fergus Fall. Las localidades de California incluyen: Centro de Salud Oral San Mateo y Centro de Salud Oral Sonrisas.