

# CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE HIGIENE DENTAL



Advantage Dental quiere ayudar a mantener a su comunidad saludable y libre de caries. Higienistas dentales de Advantage Dental estarán disponibles en el local durante el año para proveer servicios dentales. Estos servicios no reemplazan el cuidado dental regular de un dentista.

Localidad Comunitaria: \_\_\_\_\_ **POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN TINTA.**

Favor de devolver para \_\_\_\_\_.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Apellido                      Nombre                      Inicial de Segundo Nombre                      Fecha de Nacimiento

Mejor número de teléfono para comunicarnos con usted durante el día: \_\_\_\_\_  
 Numero de teléfono de un amigo o pariente para comunicarnos con usted en caso de que cambie su número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección / Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Grado/Maestro:

Género:  M  F  Otro  Elijo No Divulgar

Los siguientes servicios podrían ser ofrecidos al paciente a base de necesidad. **Por favor marque SI o NO** para indicar su consentimiento a que estos servicios le sean proporcionados al paciente mencionado anteriormente.

Examen (Revisión de Dientes)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Capa de Fluoruro	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Selladores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fluoruro de Plata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Antiséptico para los Dientes (Yodo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Restauración Protectora	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Atención dental por telecomunicación	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vaselina	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Lista de medicamentos que está tomando actualmente:

Alergia al Yodo  
 Otras alergias (por favor enumere): \_\_\_\_\_

Historial de:

Diabetes  
 Asma  
 Uso de Tabaco  
 Consideraciones de Comportamiento (por favor describa): \_\_\_\_\_

Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o le gustaría más información acerca de los servicios proporcionados, por favor llame al 1-866-268-9631 o vea la hoja informativa adjunta

**Su firma indica que se le ha informado de los riesgos y beneficios de tratamiento, sus preguntas han sido respondidas, y que da su consentimiento para el tratamiento indicado arriba.**

Como el padre/guardián legal, yo estoy de acuerdo con todas las siguientes declaraciones:

- Yo doy mi consentimiento para los servicios dentales con iniciales/indicados arriba de Advantage Dental Group, PC ("Advantage Dental"), y/o uno de sus representantes.
- Los resultados de los servicios de higiene dental, incluyendo información de salud personal e información de citas, pueden ser compartidos entre Advantage Dental, el proveedor dental (higienista o dentista del paciente), el sitio comunitario, cualquier aseguradora enumerada, el dentista de registro, y cualquier Organización de Atención Coordinada, y/o la Organización de Atención Dental de registro para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
- Se me ha dado una copia del "Aviso de Practicas de Privacidad" y Notificación de Intercambio de Información de Salud (HIE por sus siglas en ingles).
- Este consentimiento se mantendrá activo por 24 meses al menos que sea revocado por escrito o al llamar a un representante de Advantage Dental.
- Este consentimiento es válido en todo sitio donde Advantage Dental proporciona servicios.
- Si tiene seguro dental a través de una organización de atención coordinada (CCO, por sus siglas en ingles), la higienista le avisara a su plan de los servicios recibidos

Escriba en letra de molde del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firme Aquí Firma del Padre/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# HOJA INFORMATIVA

No todos los pacientes podrían calificar para todos los servicios; el proveedor determinara cuales servicios son clínicamente apropiados basado en las necesidades individuales del paciente.

## Evaluación

### (Chequeo de dientes)

Un profesional de cuidado dental mirara dentro de la boca para revisar si existen cambios en los dientes que podrían indicar caries u otros problemas de salud oral.

**Riesgo(s):** Carie u otros problemas podrían existir y empeorar si no son descubiertos.

**Alternativa(s):** No hacer el chequeo.

## Capa de Fluoruro

Una capa delgada temporal (también llamado barniz) aplicada a los dientes para ayudar a proteger contra caries. La capa es segura aun si es ingerida. Esta no perjudica ni mancha los dientes.

**Riesgo(s):** Una alergia no es común.

**Alternativa(s):** Enjuagues bucales de fluoruro diario o semanal, espuma de fluoruro, o gel de fluoruro aplicado en la oficina de su dentista.

## Sellador

Un sellador dental es una capa blanca aplicada a las superficies de masticación de los dientes de atrás donde las caries suelen ocurrir más frecuentemente. Los selladores forman una barrera en los dientes que mantiene fuera a la bacteria y previene las caries. Estos no interfieren con el morder o el masticar.

**Riesgo(s):** Los selladores solo protegen las superficies de masticación. Pueden durar varios años, pero algunas veces necesitan ser reemplazados.

**Alternativa(s):** Fluoruro de Plata. No selladores. El elegir no utilizar selladores puede incrementar las posibilidades de desarrollar caries en las superficies de masticación de los dientes.



Antes de selladores



Después de selladores

## Fluoruro de Plata

El fluoruro con plata se ve como agua. Este es pintado en los dientes con un cepillo pequeño y puede sanar la carie dental precoz. Se aplica rápido, y no duele. Si existen caries en la boca, el fluoruro de plata puede prevenir el que crezca, y algunas veces hasta las sana. Las caries que son detenidas o sanadas con fluoruro de plata se tornaran café oscuro o negras. Los dientes sin caries no cambiaran de color. Si el color se enseña mucho, un profesional dental puede cubrirlo con material para un relleno blanco. Quizá no sean necesarios rellenos para las caries que so detenidas con fluoruro de plata.

**Riesgo(s):** Si el fluoruro de plata se pone en contacto con la piel causara una pequeña mancha oscura que desaparecerá por sí misma en 1-2 semanas. Si se pone en contacto con rellenos blancos existentes quizá se manchen.

**Alternativa(s):** No aplicar fluoruro de plata. Esto podría dejar bacteria dañina en sus dientes e incrementar la posibilidad de caries dental. Utilizar una pasta dental con fluoruro regularmente y obtener aplicación de barniz de fluoruro y selladores en la oficina de su dentista.

### Como se ve el Fluoruro de Plata en un diente con caries



### Como se ve el Fluoruro de Plata en un diente sin caries



Antes

Después

## Antiséptico para los dientes (Yodo)

El antiséptico mata la bacteria que causa caries. Cuando es aplicada antes de una capa de fluoruro, previene muchas más caries que la capa de fluoruro por si sola. El yodo es una parte normal de nuestra dieta de comida y es seguro. Este no daña o mancha los dientes.

**Riesgo(s):** Reacciones alérgicas no son comunes, pero no debería de recibir este tratamiento si es alérgico a los mariscos.

**Alternativa(s):** No aplicar yodo. Esto podría dejar bacteria dañina en sus dientes e incrementar la posibilidad de caries dental.

## Restauración Protectora

Este es un simple relleno del color del diente aplicado en la carie para proteger el diente hasta que se pueda aplicar un relleno permanente. Aliviar el dolor y ayuda a sanar dentro del diente. No se necesitan inyecciones. No duele.

**Riesgo(s):** Las restauraciones protectoras podrían parcialmente caerse, pero lo que permanezca seguirá protegiendo el diente.

**Alternativa(s):** Un relleno o capa regular. Sin cuidado, la carie podría crecer y hacerse dolorosa.

## Vaselina

Podría utilizarse vaselina para labios secos y agrietados durante el tratamiento, además de durante la colocación de selladores

## RESUMEN DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

**Nuestras responsabilidades:** Se nos requiere por ley el asegurar que su información de salud protegida se mantenga privada y seguir las prácticas de privacidad que son descritas en nuestro Aviso de Practicas de Privacidad completo. Podemos cambiar nuestras pólizas de privacidad en cualquier momento y dejarle saber a usted. Usted también puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Practicas de Privacidad completo en cualquier momento. Para más información acerca de nuestras pólizas de privacidad, comuníquese con nosotros al 1-866-268-9631.

**Nuestros usos y divulgaciones:** Usamos su información de salud para tratarlo a usted, para administrar el tratamiento de cuidado de salud que usted recibe, para el manejo de nuestra organización y para pagar o facturar por sus servicios de salud. Por ejemplo, podemos usar su información de salud y compartirla con otros proveedores que la/lo estén tratando a usted.

Se nos permite compartir su información de otras maneras. Tales razones son para que podamos ayudar al público, tal como salud e investigación pública. Debemos seguir la ley antes de compartir su información por estas razones. No usaremos ni compartiremos su información mas allá de lo que nos permite la ley; al menos que usted nos diga por escrito que podemos. Si nos dice que si podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento.

**Sus derechos:** Cuando se trata de su información de salud, usted tiene derechos.

- Usted puede solicitar ver o recibir una copia de su información de salud;
- Usted puede solicitar que corriamos su información;
- Usted puede solicitar comunicaciones confidenciales;
- Usted puede solicitar el que limitemos lo que usamos o compartimos;
- Usted puede recibir una lista de con quienes hemos compartido información; y
- Usted nos puede pedir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad complete en cualquier momento.

**Sus Opciones:** Para cierta información de salud, usted nos puede decir sus opciones acerca de lo que compartamos.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedir que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otros involucrados en el pago por su cuidado.
- Compartamos información en una situación de ayuda para catástrofes.
- Si usted no nos puede decir lo que quiere que hagamos, por ejemplo si no está consiente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria a la salud o seguridad.

**Quejas de privacidad:** Si usted está preocupado(a) de que hemos violado sus derechos de privacidad, nuestras pólizas de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos acerca de su información de salud, puede comunicarse con nosotros al 1-866-268-9631 o TTY 711. También puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-877-696-6775 o TTY 1-866-788-4089.

**Resumen de prácticas de privacidad:** Este es un resumen de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede solicitar el Aviso de Practicas de Privacidad completo en cualquier momento.

To Improve the Oral Health of All

[www.AdvantageDental.com](http://www.AdvantageDental.com)

63140 Britta Street, Suite D104, Bend, Oregon 97703-9802 | TEL: 888-480-4478 Option 4 | FAX: 541-516-4355

## **DIVULGACIÓN DE PÓLIZA ANTIDISCRIMINATORIA**

Advantage Dental y su red de proveedores deben tratarlo/a justamente.

Nosotros y nuestros proveedores debemos seguir las leyes de derechos civiles estatales y federales. No podemos tratar a las personas injustamente en cualquiera de nuestros servicios o programas debido a su:

- Edad
- Color
- Discapacidad
- Identidad de Género
- Estado Civil
- Origen Nacional
- Raza
- Religión
- Sexo
- Orientación sexual

Para reportar su preocupación o para recibir más información por favor comuníquese con nuestro Director de Derechos Civiles mediante una de las siguientes maneras:

- Web: [www.AdvantageDental.com](http://www.AdvantageDental.com)
- Email: [compliance@advantagedental.com](mailto:compliance@advantagedental.com)
- Phone: 1-866-737-3559
- By Mail: Compliance Officer - CONFIDENTIAL  
P.O. Box 2906  
Milwaukee, WI 53201-2906

Usted también tiene el derecho de presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud de los EE.UU. y la Oficina de Servicios Humanos para los Derechos Civiles (OCR por sus siglas en inglés).

Comuníquese con esta oficina mediante una de las siguientes maneras:

- Web: [www.hhs.gov/](http://www.hhs.gov/)
- Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
- Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
- Por Correo: OCR  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F HHH Bldg  
Washington, DC 20201

Si le gustaría solicitar esta información en otro lenguaje o un formato alternativo tal como letra grande, disco audio, braille, etc. por favor comuníquese con Servicios al Miembro al 866-468-0022 o TTY 711.

**To Improve the Oral Health of All**

[www.AdvantageDental.com](http://www.AdvantageDental.com)

63140 Britta Street, Suite D104, Bend, Oregon 97703-9802 | TEL: 888-480-4478 Option 4 | FAX: 541-516-4355

LANGUAGE	TRANSLATED STATEMENT
English	ATTENTION: If you speak [language], you have services available to you free of charge for language assistance. Call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-468-0022 (TTY: 711)。
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-468-0022 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Tagalog (Filipino)	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 711 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-888-468-0022).
French	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-468-0022 (ATS: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-468-0022 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。
Farsi	وجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-888-468-0022 (TTY: 711) تماس بگیرید.
Punjabi	ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-468-0022 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Amharic	ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-888-468-0022 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።
Thai	टीपण: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ukrainian	УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-888-468-0022 (телетайп: 711).
Lao/Loatian	ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ຄວງຄ່າ, ຄວນນຳມື້ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-468-0022 (TTY: 711)
Oromo	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Ibo	Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-888-468-0022 (TTY: 711).
Yoruba	AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-888-468-0022 (TTY: 711).

To Improve the Oral Health of All

[www.AdvantageDental.com](http://www.AdvantageDental.com)

63140 Britta Street, Suite D104, Bend, Oregon 97703-9802 | TEL: 888-480-4478 Option 4 | FAX: 541-516-4355

05032023