

# Formulario de autorización e información del paciente

## Información general

### Información del paciente

Nombre legal (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Escuela a la que va \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Raza

- Blanco  Asiático  Otra  
 Negro o afroamericano  
 Indio americano o nativo de Alaska  
 Hawaiano o de otras islas del Pacífico  
 Hispano o Latino  Ni Hispano ni Latino

### Información del padre/madre/tutor

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección (postal) de la casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

 Marque aquí si no quiere recibir mensajes de texto.

### Información de contacto en caso de emergencia

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Historia dental

Las visitas al dentista deben empezar con el primer diente.

- Sí  No ¿Es esta la primera visita al dentista del paciente?  
 Si no, ¿cuánto tiempo paso desde la última visita?  
 Menos de 2 años  Más de 2 años

Nombre del dentista anterior o del actual \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿El paciente tiene dolor de dientes/dolor en la boca/hinchazón en la cara?  
 Sí  No ¿El paciente fue a la sala de emergencias/hospital por dolor en los dientes en el último año?  
 Sí  No ¿El dolor en los dientes hizo que usted o su hijo faltaran a la escuela o al trabajo en el último año?  
 Escuela  Trabajo  Ambos

## Historia médica

Médico actual del paciente \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico (mm/aa) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

- Sí  No ¿El paciente toma algún medicamento?

Si la respuesta es sí, lístelos \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿El paciente tiene alergias?

Si la respuesta es sí, lístelas \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿El paciente tiene alguna necesidad especial que exija adaptación especial para la atención dental? p ej.: autismo

Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

- Sí  No ¿Está embarazada la paciente?

¿Tiene el paciente, o tuvo, historia de lo siguiente?:

- |                                                 |                                                 |                                                    |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADHD                   | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH               | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado     |
| <input type="checkbox"/> Anemia                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Mononucleosis             |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad               | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo      | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática          |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Desmayos               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis              |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón  | <input type="checkbox"/> Otra                      |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Hepatitis              |                                                    |

Explique sus respuestas: \_\_\_\_\_

Sigue en la parte de atrás.



# Formulario de autorización e información del paciente

## Comportamiento del paciente:

- Sí  No ¿El paciente se cepilla todos los días?
- Sí  No ¿El paciente toma gaseosas u otras bebidas con azúcar (Kool-Aid, bebidas de fruta, bebidas deportivas) todos los días?
- Sí  No ¿El paciente usa tabaco o productos de vapeo?
- Sí  No ¿Alguien en el grupo familiar usa tabaco o productos de vapeo?

## Información del grupo familiar

Ingreso anual del grupo familiar

- Menos de \$10,000     \$10,000-20,000  
 \$20,000-30,000     Más de \$30,000

¿Cuántas personas de 21 años o menores hay en su grupo familiar?

---

## Seguro

Marque todas las opciones que correspondan.

- Sin seguro dental  
 Medicaid  
Número de Medicaid \_\_\_\_\_

- Seguro DENTAL privado (dé una copia de la tarjeta)

Nombre del seguro dental

Número de póliza

Número del grupo

Dirección del seguro dental

Teléfono del seguro (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del empleador

**IMPORTANTE: Autorización para dar tratamiento**

No podemos atender a su hijo si el formulario no está firmado.

Yo, \_\_\_\_\_, como tutor responsable legal de \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor legal

Nombre en letra de molde del hijo

doy permiso para los servicios dentales que autorizo abajo. Tenga en cuenta que los servicios de higiene dental preventiva por sí solos, que se prestan fuera de un consultorio dental habitual, no deben reemplazar los exámenes regulares por un dentista. Me ofrecieron o leí el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA de Delta Dental disponible en [southdakota.deltadental.com/privacy-and-policies/notice-of-privacy-practices/](http://southdakota.deltadental.com/privacy-and-policies/notice-of-privacy-practices/).

### Cada punto debe responderse para recibir atención dental.

- Sí  No Servicios preventivos: chequeos hechos por un higienista, limpieza de dientes, instrucciones de higiene bucal, selladores, tratamiento con flúor.
- Sí  No Examen dental (incluyendo radiografías dentales)
- Sí  No Servicios restaurativos: rellenos, coronas de acero inoxidable, pulpotomía. Se puede usar anestesia local para estos procedimientos.
- Sí  No Fluoruro diamino de plata (el área cariada del diente se teñirá de negro de forma permanente. Para obtener más información sobre este tratamiento, consulte el adjunto)
- Sí  No Extracciones: extracción de los dientes primarios (leche) o permanentes que no se puedan restaurar con otros tratamientos. Se puede usar anestesia local para estos procedimientos.
- Sí  No Puede usarse óxido nitroso (gas de la risa) según se considere necesario.



Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

V1021

Complete la parte de delante también.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE FLUORURO DIAMINO DE PLATA

El fluoruro diamino de plata (SDF) es un medicamento líquido que se aplica a la caries activa para detener su crecimiento y matar las bacterias. Aunque la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) autorizó el uso del SDF para tratar la sensibilidad dental, nosotros lo usamos para detener la caries.

### **Beneficios del SDF:**

- El SDF puede ayudar a frenar la caries.
- El SDF puede posponer la necesidad de hacer un tratamiento dental tradicional (empastes, coronas, etc.) y retrasar o tal vez eliminar la necesidad de usar sedación o anestesia general para completar el tratamiento dental.

### **Estos son algunos de los riesgos relacionados con el SDF:**

- No se debe tratar a un paciente con SDF si:
  - **Es alérgico a la plata.**
  - Tiene llagas dolorosas o zonas en carne viva en las encías o en cualquier parte de la boca.
- **El área del diente con caries se teñirá de negro de forma permanente.** La estructura dental sana no se manchará.
- El SDF puede decolorar los empastes y las coronas del color de los dientes.
- Si el SDF entra en contacto con las encías o la piel, puede producirse una mancha marrón o blanca. Este cambio de color es inofensivo, pero no se puede quitar. La decoloración desaparecerá en 1 a 3 semanas.
- Si no la detiene, la caries avanzará. En ese caso, será necesario hacer otro tratamiento, como una nueva aplicación de SDF, un empaste o una corona, una endodoncia o una extracción.



Antes, después de 24 horas y después de 7 días de tratamiento con SDF (UCSF Dental Center)

### **Estas son algunas de las alternativas al SDF:**

- No hacer ningún tratamiento. Si no se hace ningún tratamiento, la caries no tratada seguirá dañando la estructura dental, lo que puede provocar dolor, infección o pérdida de dientes.
- Empastes, coronas, extracciones o remisiones a atención especializada que puede incluir anestesia general.

Aunque el SDF puede detener la caries, no restaurará la estructura dental dañada. Es posible que todavía sea necesario hacer una restauración de los dientes (empastes, coronas, etc.).

# Required Nondiscrimination and Accessibility Statement\*



## Discrimination is Against the Law

Delta Dental of South Dakota complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Delta Dental of South Dakota does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Delta Dental of South Dakota:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters;
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters;
  - Information written in other languages.

If you need these services, call 1-877-841-1478.

If you believe Delta Dental of South Dakota has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Delta Dental of South Dakota, Compliance Manager, 720 N. Euclid Ave., Pierre, SD 57501, phone: 1-800-627-3961, [compliance@deltadentalsd.com](mailto:compliance@deltadentalsd.com), fax: 1-605-224-0909, TTY: 1-888-781-4262. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Compliance Manager is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.  
Rufnummer: 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

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 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262)。

တံသျှတ်သ်း- နမာ်ကတိံ ကညံ ကျိအယ်၊  
နမာနံ ကျိအတံမတါလါ တလါဘျုတ်လါစု၊  
နိတံဘျုတ်သျုတ်လါ. ကိ 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-874-9426)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-877-841-1478 (टिटिविड्: 1-888-781-4262) ।

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-877-841-1478 (TTY- Telefon za osobu sa oštećenim govorom ili sluhom: 1-888-781-4262).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-877-841-1478 (መስማት ለተሳናቸው: 1-888-781-4262)።

MAANDO: To a waawi [Adamawa], e woodi ballooji-ma to ekkitaaki wolde caahu. Noddu 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-841-1478 (телетайп: 1-888-781-4262).

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-877-841-1478 (TTY: 1-888-781-4262).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-841-1478 (телетайп: 1-888-781-4262).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-841-1478 (ATS : 1-888-781-4262).

\* Under Section 1557 of the Affordable Care Act (ACA), Delta Dental of South Dakota is required to post notices of nondiscrimination and taglines that alert individuals with limited English proficiency (LEP) to the availability of language assistance services.