

Por favor, escriba con tinta azul o negra y complete todos los espacios.

Nombre:		
(apellido)	(inicial del segundo nombre)	(nombre)
Nombre preferido:	Pronombres preferidos:	
Género:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de nacimiento:	Ocupación:	
Dirección:		
(calle)	(ciudad)	(estado, código postal)
Teléfono:	Celular:	
Correo electrónico:		
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:
Nombre del dentista:	Dirección:	Teléfono:
Fecha de la última visita:	Propósito:	Fecha de las radiografías más recientes:
Nombre del médico:	Dirección:	Teléfono:
Fecha de la última visita	Propósito:	

- ¿Está disponible para citas múltiples y largas? Sí No (circule una)
- ¿ Está de buena salud? Sí No
- ¿Actualmente está bajo el cuidado de un médico? Sí No
- ¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año? Sí No
- ¿Cuándo fue su último examen físico?

6. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave o operación? Si es así, ¿cuál?

7. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? Si es así, ¿por qué?

8. ¿Le causa temor el tratamiento dental? En una escala del 1 (completamente cómodo) al 10 (muy temeroso):

9. ¿Tiene alergias a alimentos, medicamentos o otras sustancias? Si es así, ¿cuáles?

10. ¿Qué medicamentos toma actualmente? Incluya los recetados, de venta libre, suplementos y cannabis.

Marque con una ✓ cada condición que tenga o haya tenido:

11. Válvula cardíaca dañada o artificial		32. Problemas sinusales		52. Enfisema	
12. Lesión cardíaca congénita		33. Asma		53. Enfermedad pulmonar obstructive crónica	
13. Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, endurecimiento de arterias, etc.)		34. Tos con sangre o tuberculosis		54. Artritis reumatoide u otra condición autoinmune	
14. Endocarditis infecciosa		35. Tos persistente		55. Osteoartritis (dolor articular)	
15. Dolor en el pecho		36. Úlceras estomacales		56. Diabetes	
16. Marcapasos		37. Problemas renales		57. Micción frecuente	
17. Derrame cerebral		38. Enfermedad hepática o hepatitis		58. Sed excesiva	
18. Articulaciones artificiales		39. Presión arterial baja		59. Sequedad bucal	
19. Derivaciones (shunts)		40. Presión arterial alta		60. Relativo con diabetes	
20. Desmayos, convulsiones o epilepsia		41. Perro de servicio		61. Anemia	
21. Enfermedad de la tiroidea		42. Discapacidad auditiva		62. Anemia de células falciformes	
22. Trastorno de salud mental		43. Discapacidad visual		63. Transfusión de sangre	
23. Dolores de cabeza frecuentes		44. Uso de ayudas de movilidad (andadera, silla de ruedas...)		64. Trastorno de sangrado	
24. Herpes labial, herpes oral		45. Parálisis cerebral		65. Se magullan fácilmente	
25. Enfermedad periodontal		46. Trastorno del desarrollo		66. Sangrado anormal después de atención médica o dental	
26. Infección de transmisión sexual		47. Trastorno del Desarrollo /autismo/neurodivergencia		67. Problemas serios después de tratamiento dental	
27. VIH positivo		48. Cirugía o radiación de la cabeza o el cuello		68. Prótesis removible, parcial o aparato dental	
28. SIDA u otra condición del sistema inmunológico		49. Ha tomado bifosfonatos (Fosamax, Boniva, etc.)		69. Implantes dentales	
29. Cáncer		50. Uso de esteroides en el último año		70. Actualmente embarazada	
30. Trastorno alimenticio		51. Exposición regular a rayos X por trabajo		71. Anticipar quedar embarazada	

72. ¿Tiene alguna otra condición no mencionada? _____

73. ¿Consumes productos que contengan nicotina? ☐ Sí ☐ No
 ¿Que tipo? _____ ¿Frecuencia? _____ ¿Duración? _____

He completado todos los formularios de manera veraz y según mi conocimiento. Notificaré al estudiante si ocurre algún cambio.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



Rose State College

Programas Dentales Aliados

Formulario de Derechos y Responsabilidades del Paciente

A nuestros pacientes,

¡Gracias por venir hoy!

Para facilitar el proceso de aprendizaje de nuestros estudiantes, es necesario completar una evaluación del paciente antes de programar citas. Los servicios proporcionados por los estudiantes de los Programas Dentales Aliados, bajo la dirección de personal dental con licencia, no constituyen atención dental completa, y se recomienda que consulte a un dentista regularmente para exámenes, diagnósticos y tratamientos.

Se cobra una tarifa no reembolsable de \$10.00 (diez dólares) durante la cita inicial de evaluación por año académico. Solo se aceptan pagos en efectivo o cheque, y el pago se requiere en el momento de la cita inicial.

Después de completar su atención de higiene dental, el estudiante le proporcionará un Informe del Estado Dental Actual para informarle sobre su salud dental general y el intervalo recomendado hasta su próxima cita de higiene dental. Este informe también incluirá información sobre cualquier tratamiento dental necesario.

Características Importantes de Recibir Atención en la Clínica de Higiene Dental de RSC

La clínica de higiene dental de RSC es una instalación educativa, y los servicios requieren considerablemente más tiempo del que podría ser necesario en una práctica dental privada.

1. Para asegurar que los pacientes sean asignados a estudiantes con el nivel de habilidad adecuado, los pacientes deben ser evaluados antes de ser asignados a un estudiante.
2. Aunque los estudiantes de RSC se esfuerzan por programar a los pacientes lo antes posible, no se puede garantizar un tiempo exacto para ser contactado para su limpieza.
3. Los estudiantes deben cumplir con un número determinado de horas clínicas en el programa de higiene dental. Por esta razón, es importante que los pacientes no falten ni cancelen citas. Si necesita reprogramar, debe notificar al estudiante con al menos 24 horas de anticipación.

Responsabilidades del Paciente

- 1) **Asistir a todas las citas programadas.** Si no asisto o no cancelo con al menos 24 horas de anticipación, puedo ser dado de baja de la clínica. _____ (iniciales del paciente)
- 2) **Llegar a tiempo y permanecer durante toda la cita.** Las citas reservadas se mantendrán solo por diez minutos. Si llego tarde, mi cita podría ser asignada a otra persona. Después de más de una llegada tardía o salida anticipada, puedo no ser elegible para tratamiento futuro. _____ (iniciales del paciente)

- 3) **Proporcionar información precisa y actualizada sobre mi historial médico y dental.** No hacerlo puede comprometer mi salud bucal y sistémica. _____ (iniciales del paciente)
- 4) **Tratar a los estudiantes, profesores y personal con respeto.** Cualquier comportamiento irrespetuoso, incluidos el abuso verbal, el acoso o los comentarios discriminatorios, no será tolerado y puede resultar en la expulsión de la clínica. _____ (iniciales del paciente)
- 5) **Tomar o proporcionar un conjunto actual de radiografías dentales.** Las radiografías actuales son esenciales para una atención integral. Entiendo que no puedo recibir tratamiento sin radiografías actualizadas. _____ (iniciales del paciente).
- 6) **Política de la clínica sobre menores sin supervisión.**
Para la seguridad de nuestros pacientes, estudiantes y personal, no se permite que los niños acompañen a pacientes adultos dentro de la clínica durante las citas. Los niños no pueden quedarse sin supervisión en la sala de espera. Si un paciente llega con niños sin supervisión, la cita será cancelada y reprogramada para una fecha posterior.
_____ (Iniciales del paciente)

Derechos del Paciente

Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y consideración. Rose State College no discrimina por motivos de raza, clase, edad, género, limitaciones físicas, orientación sexual o estado de enfermedad infecciosa. Los registros médicos y dentales son confidenciales, y toda la información obtenida se mantendrá en privado según la ley y las políticas institucionales.

Si un paciente presenta una condición que excede las habilidades de los estudiantes, será referido a un dentista o agencia dental privada.

El tratamiento del paciente incluirá una evaluación diagnóstica completa, atención de higiene dental (limpieza), educación sobre higiene oral, raspado periodontal y terapia con flúor. El trabajo diagnóstico incluye la revisión de historial médico y dental, exámenes intraorales y extraorales, y planificación del tratamiento.

Como paciente, usted tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento, incluyendo la naturaleza y necesidad del procedimiento, beneficios, riesgos, consecuencias de no realizarlo y costos asociados.

He leído y entiendo completamente la información anterior. Mi firma también verifica que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de este centro.

Nombre (en letra de molde): _____ Firma: _____

Fecha: _____

¿Es usted empleado(a) o estudiante actual de Rose State College?

Sí / No (circule uno)

Rose State College
Programas Dentales Aliados
Formulario de Consentimiento General

Yo, _____, doy mi consentimiento para recibir tratamiento dental proporcionado por estudiantes inscritos en los Programas Dentales Aliados de Rose State College bajo la supervisión de profesionales dentales con licencia. Entiendo que el propósito de estos servicios es educativo y de capacitación profesional.

Tratamientos Ofrecidos: Doy mi consentimiento para recibir los siguientes tratamientos según lo consideren necesario los profesores supervisores y los estudiantes:

Tratamiento Dental: Para proporcionar una atención integral de higiene dental, los estudiantes realizarán un examen intraoral y extraoral completo, evaluación de los tejidos y evaluación clínica antes del raspado, pulido y la aplicación de barniz de flúor. Como parte del tratamiento, puede ser necesario tomar impresiones dentales. Estas impresiones son esenciales para un diagnóstico y planificación precisos de su atención dental.

_____ (iniciales del paciente)

Terapia Periodontal No Quirúrgica: Instrumentación periodontal para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Dependiendo de la gravedad, puede ser necesaria anestesia local para mantener la comodidad del paciente y la seguridad del profesional.

_____ (iniciales del paciente)

Examen Radiográfico: Radiografías con fines de diagnóstico. Las radiografías son necesarias para una evaluación oral completa de los dientes y las estructuras de soporte. Los pacientes que no traigan o no consientan en tomar un conjunto actual de radiografías no podrán ser atendidos en la clínica de RSC.

_____ (iniciales del paciente)

Riesgos: Entiendo que existen ciertos riesgos asociados con los procedimientos de higiene dental, incluyendo, entre otros: posible molestia o sensibilidad durante las limpiezas dentales, raras reacciones alérgicas a materiales dentales y exposición mínima a radiación durante los procedimientos de rayos X.

_____ (iniciales del paciente)

Consentimiento Voluntario: Reconozco que estoy dando mi consentimiento para recibir servicios de higiene dental de manera voluntaria y que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones sobre la naturaleza y el propósito de los servicios. He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente y doy mi consentimiento para recibir servicios de higiene dental en Rose State College según lo indicado.

_____ (iniciales del paciente)

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Consentimiento del Padre/Tutor (si el paciente es menor de edad):

Yo, _____, doy mi consentimiento para los servicios de higiene dental descritos anteriormente en nombre de mi hijo(a) menor _____, y acepto todos los términos y condiciones establecidos en este formulario.

Firma del madre o padre/tutor: _____ **Fecha:** _____



ROSE STATE COLLEGE

Oficina de Mercadotecnia y Relaciones Públicas

Yo, _____ (por favor, escriba en letra de molde),

_____ SÍ

_____ NO

autorizo a Rose State College y/o a sus representantes a usar mis fotografías, imágenes en video, nombre y/o citas personales para la promoción de las actividades del Colegio en anuncios impresos y folletos, anuncios en carteleras, el sitio web del Colegio y otros materiales promocionales.

Dirección

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

Firma (si es menor de edad, firma del padre, madre o tutor)

Fecha