

# 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

## PROGRAMA MOBILE

### 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 SILVER DIAMINE FLUORIDE

El Silver Diamine Fluoride (SDF) es un medicamento líquido que se aplica a la caries activa para detener su crecimiento y matar las bacterias. Usamos SDF para prevenir o detener la caries. También lo usamos para tratar la sensibilidad dental.

### 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.).

*Certifico que leí y entendí este documento en su totalidad. Recibí respuestas a todas mis preguntas.*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del padre, de la madre o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, de la madre o del tutor legal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

# Nondiscrimination and Language Accessibility Statement

## Discrimination is Against the Law

Delta Dental of South Dakota complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on 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, including sex characteristics, including intersex traits; pregnancy or related conditions; sexual orientation; gender identity, and sex stereotypes.

Delta Dental of South Dakota provides people with disabilities with reasonable modifications and free auxiliary aids and services to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Delta Dental of South Dakota provides free language services to people whose primary language is not English, such as Qualified interpreters and Information written in other languages.

If you need reasonable modifications, appropriate auxiliary aids and services, or language assistance 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, Section 1557 Coordinator, 720 N. Euclid Ave., Pierre, SD 57501, phone: 1-877-841-1478, [compliance@deltadentalsd.com](mailto:compliance@deltadentalsd.com), fax: 1-605-224-0909, TTY: 1-800-877-1113. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Section 1557 Coordinator 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. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) o hable con su proveedor.

**KADNA:** So k'ala Sudanic, shidma díbbin dō fota sebbindi maa. Fomu ey godbe ndidūn dō wadti hobbin dō safango dey dogani díddin dey dídon maa. Nabbo 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) o wadta ka ngal dō.

**ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

**PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) o makipag-usap sa iyong provide

**注意:** 如果您說[中文], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) 或與您的提供者討論

주의: [한국어]를 사용하지는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ခူ- နမ့်ကတိ၊ ထာနံလီဖဲအံ၊ အယိ၊ တာအိဒီး ကျိတ်တိဆိတ်ထွဲမစါ၊ လာတလက် ဘျံလက်စုလါနဂါလီ၊ တာအိဒီး တါမါစါတါနံလူပီးလီဒီး တါမါစါတါမါ လါအ ကြါးအဘျံ လါကဟျံတါဂါတါကျိ လါတါမါနံအံသုတယံ လါတလက်ဘျံလက်စု လါနဂါလီ၊ ကိ: 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) မ့တုက တတိတါဒီး နပျါလါဟျံ နတါကျိထွဲမါစါတကျိ.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) или обратитесь к своему поставщику услуг

**LƯU Ý:** Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng để tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-877-841-1478 (Người khuyết tật: 1-800-877-1113) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

**ODUU:** Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajilla gargaarsa afaanii tolaan siif jira. Tajaajila gargaarsaa fi meeshaaleen gargaarsaa odeeffannoo karaa salphaa siif dhiyeessuuf barbaachisu, kaffaltiin malee siif kennamu. Bilbili 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) yookiin gargaarsa kennituu kee waliin haasofi.

**सावधान:** यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

**УВАГА:** Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) або зверніться до свого постачальника».

**PAŽNJA:** Ako govorite srpsko-hrvatski, besplatne usluge jezičke pomoći su vam dostupne. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u dostupnim formatima takođe su besplatno dostupne. Pozovite 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) ili razgovarajte sa svojim pružaocem usluga.

**ATTENTION :** Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) ou parlez à votre fournisseur.

ማሳሰቢያ:- አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎት በነፃ ይቀርብልዎታል። መረጃን በተደራሽ ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ ተጨማሪ አገዛዎች እና አገልግሎቶች እንዲሁ በነፃ ይገኛሉ። በስልክ ቁጥር 1-877-841-1478 (TTY: 1-800-877-1113) ይደውሉ ወይም አገልግሎት አቅራቢዎን ያናግሩ።