Pacientes: Por favor responda las siguientes preguntas completamente y lo mas preciases posible.

**Información del Paciente**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre) (Apellido)

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial (Sr. Sra. Srta. etc): \_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Género: □ Hombre □ Mujer □ Otro(a) Estado Civil: □ Casado(a) □ Soltero(a) □ Nino(a) □ Otro(a)

Etnicidad: □ Americano(a) Indio(a)/Nativo(a) de Alaska □ Asiático □ Negro/Afroamericano □ Hispano(a)/Latino(a) □ Blanco(a)/No-Hispano(a) □ De Oriente Medio □ Otro □ Prefiero no Responder

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero Celular: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Imprime Claramente): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero Celular: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Medica del Paciente**

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de Medico: (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de su último examen físico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Esta en buena salud? (si/no): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está ahora bajo el cuidado de un doctor medico? (si/no): \_\_\_\_\_\_\_\_ Si respondió si, describir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preguntas**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?  Si respondió SI, describir: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Si □ No |
| Es alérgico/a o ha tenido alguna reacción a cualquier medicamento, anestésicos locales o otras sustancias?  If yes, describe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Si □ No |
| **MUJERES**: ¿Está embarazada o cree que pueda estar embarazada? | □ Si □ No |

**Información Medica**. Marque las enfermedades, condiciones, y/o tratamientos que usted tiene o ha tenido en el pasado

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ SIDA/VIH | □ Alergias | □ Anemia |
| □ Angina/Dolor de pecho | □ Ansiedad | □ Articulación Artificial |
| □ Artritis | □ Asma | □ Tratamiento Bifosfonatos |
| □ Desorden sangrante | □ Cáncer | □ Enfermedad Cardiovascular |
| □ Quimioterapia | □ Tos Crónica | □ Enfermedad Cardiaca Congénita |
| □ Diabetes | □ Desorden Alimentación | □ Enfisema |
| □ Epilepsia/Convulsiones | □ Desmayo/mareos | □ Ampollas de fiebre/herpes labial/herpes |
| □ Reflujo gástrico | □ Glaucoma | □ Enfermedad del Corazón |
| □ Soplo de Corazón | □ Marcapasos | □ Hepatitis/ictericia /enfermedad del hígado |
| □ Hernia hiatal | □ Alta/baja presión | □ Catéter vena permanente |
| □ Endocarditis infecciosa | □ Riñón/enfermedad renal | □ Mental/deterior Emocional |
| □ Prolapso de la válvula de mytral | □ Trasplante de Órgano | □ Osteonecrosis de la quijada |
| □ Dolor en los puntos de la mandibular | □ Discapacidad Física (visión, audiencia) | □ Implante Protésico |
| □ Respiratorio | □ ETS/EV | □ Accidente Cerebrovascular/Ataque Isquémico Transitorio |
| □ Inflamación de los ganglios | □ Tuberculosis – Activo | □ Aumento o pérdida de peso inexplicable |
| □ Ulcers | □ Ictericia Amarillo |  |
| □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Ninguno |  |

Dirija todas las respuestas marcadas en este espacio:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Dental.** Marque la enfermedad, condición y/o tratamiento que tiene ahora o ha tenido en el pasado.

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última visita con su dentista?  □ 6 ms–1 anos □ 1-3 anos □ 4-6 anos □ 7+anos |  |
| ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última limpieza dental?  □ 6 ms–1 anos □ 1-3 anos □ 4-6 anos □ 7+anos |  |
| ¿Cuál es su principal problema dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ¿Cuáles son las fuentes de agua?  □ Botella de Agua □ Agua de Pose □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ¿Qué frecuente usa hilo dental? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ¿Qué frecuente se cepilla sus dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ¿Espera mantener todos sus dientes para el resto de su vida? | □ Si □ No |
| ¿Mastica o chupa caramelos duros, pastillas para la tos, mentas o goma de mastica? | □ Si □ No |
| Esta nervioso/a sobre su tratamiento dental o ha tenido una mala experiencia dental? | □ Si □ No |
| ¿Juega un deporte que requiere el uso de un protector bocal para deportes? | □ Si □ No |
| ¿Usted usa tabaco? Cuantos Años: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Esta interesado/a en dejar de fumar tabaco? | □ Si □ No  □ Si □ No |
| ¿Usa productos alcohólicos? | □ Si □ No |

**Información de Medicaciones del Paciente.** Enumere todos los medicamentos que toma con dosis y frecuencia.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Certifico que he leído y comprendido la información listada. Yo reconozco que mis preguntas, si es que tengo, acerca de las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No voy a sostener al dentista, la facultad de higiene dental, o cualquier miembro del personal responsable de los errores u omisiones que he cometido al llenar este formulario.

**Firma de Paciente** (si es mayor de 18 años y está legalmente autorizado a tomar decisiones de atención medica)

**Nombre de Paciente (Imprimir) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Representante Personal del Paciente/Padres/Guardian Legal:** Certifico que tengo autoridad legal según las leyes federales y estatales para firmar este formulario en nombre del paciente identificado a continuación.

**Nombre de Paciente (Imprimir) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Internal Dental Clinic Use Only

□ Form signed by patient, parent, legal guardian, or personal representative.

**Witness student initials \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Consentimiento de Comunicación con el Paciente**

De conformidad con la regla de seguridad y privacidad de HIPPA, Doy mi consentimiento para las siguientes formas de comunicación.

□ Teléfono móvil

□ Teléfono de casa

□ Mensajes de texto: *El paciente es responsable de las tarifas de datos de mensajería que se apliquen.*

□ Correo electrónico

**Paciente**

* HIPPA permite que Dallas College dental hygiene clínic deje un recordatorio de cita en los contestadores automáticos y sistemas de correo de voz si usted ha dado su consentimiento para que lo contacten por teléfono.
* Dallas College ingresará sus formas de comunicación consentidas en su registro electrónico y solo se comunicará con usted a través de las formas de comunicación indicadas anteriormente.
* Usted reserve el derecho de cambiar su preferencia de consentimiento de comunicación en cualquier momento. Se necesita un nuevo formulario con su firma/fecha antes de que Dallas College realice el cambio.

**Firma de Paciente** (si es mayor de 18 años y está legalmente autorizado a tomar decisiones de atención medica)

**Nombre de Paciente (Imprimir) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Representante Personal del Paciente/Padres/Guardian Legal:** Certifico que tengo autoridad legal según las leyes federales y estatales para firmar este formulario en nombre del paciente identificado a continuación.

**Nombre de Paciente (Imprimir) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Consentimiento para Tratamiento**

**¿Preguntas?** Comuníquese con la Oficial de Privacidad de HIPPA de Dallas College, Lisa Mayo, Presidenta Académica de Dental Hygiene (214) 860-2375 Revised 7.20.23

Yo, el abajo firmante, entiendo y doy mi consentimiento para el siguiente tratamiento en la clínica de Dallas College dental higiene clinic:

* **Evaluación**: Evaluación de mi salud bucal, incluyendo evaluaciones periodontales y cáncer bucal, diagnostico por parte de un dentista autorizado de mis condiciones y patología bucales historial médico, historial dental y revisión de mi historial social.
* **Radiológica**: Se le tomaran radiografías como parte de la cita del paciente, ya que son una parte integral de la evaluación, el diagnóstico y la planificación del tratamiento de la salud bucal. Entiendo que no seré aceptado como paciente sin consentimiento para radiografías. Si proporciono radiografías actuales de mi consultorio dental que sean de calidad diagnostica, estas radiografías pueden sustituir las radiografías que recomienda el dentista de Dallas College. Si las radiografías recomendadas no están incluidas en las radiografías proporcionadas por mi consultorio dental, permitiré que la clínica tome las radiografías faltantes.
* **Tratamiento:** Doy mi consentimiento para permitir que un estudiante de higiene realice todos los procedimientos de higiene dental diagnosticados. Todos los estudiantes de higienista trabajan bajo la supervisión directa de un higienista dental y un dentista con licencias y todos los pasos de las citas son evaluados por estas personas con licencia.
* **Tratamiento Excluido:** Entiendo que la clínica de higiene dental de Dallas College solo brinda servicios preventivos de higiene dental y cualquier necesidad de tratamiento dental que tenga más allá de los servicios de higiene dental será remitida a un proveedor dental externo. Entiendo que se necesitan visitas regulares a un consultorio dental para una salud bucal óptima.
* **Citas**: Se necesitarán varias citas para completar mi tratamiento ya que la clínica de higiene dental de Dallas College es una institución de enseñanza. Acepto asistir a todas las citas programadas durante el tiempo que estén programadas. El incumplimiento de las normas de citas puede resultar en mi despido de la clínica de higiene dental.

**Firma de Paciente** (si es mayor de 18 años y está legalmente autorizado a tomar decisiones de atención medica)

**Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Representante Personal del Paciente/Padres/Guardian Legal:** Certifico que tengo autoridad legal según las leyes federales y estatales para firmar este formulario en nombre del paciente identificado a continuación.

**Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Preguntas?** Comuníquese con la Oficial de Privacidad de HIPPA de Dallas College, Lisa Mayo, Presidenta Académica de Dental Hygiene (214) 860-2375 Revised 7.20.23

**Patógenos Transmitidos por la Sangre**

Si un empleado o estudiante de Dallas College queda expuesto intencionalmente o no a fluidos corporales, patógenos transmitidos por la sangre o enfermedades transmisibles a través del tratamiento brindado, tanto el individuo como el paciente fuente deben someterse a pruebas. El costo de las pruebas recae en el paciente y la persona expuesta.

|  |
| --- |
| **Dallas College Declaración Sobre Patógenos Transmitidos Por la Sangre**  Un riesgo laboral para un profesional dental que practica clínicamente y trata a pacientes vivos es la posibilidad de estar expuesto a enfermedades transmisibles y patógenos transmitidos por la sangre. Las precauciones estándar representan un conjunto de reglas que siguen los proveedores de atención médica para protegerse a sí mismos y a sus pacientes de los patógenos propagados por los fluidos corporales. Las precauciones estándar tienen como objetivo prevenir la transmisión de patógenos transmisibles y transmitidos por la sangre mediante inhalación, contacto directo, contacto indirecto y prevención de objetos punzantes. Los programas dentales de Dallas College hacen cumplir y educan a los estudiantes y empleados sobre las precauciones estándar de atención médica para que puedan tratar a los pacientes de manera segura y estar informados sobre el riesgo de transmisión de enfermedades  Los programas dentales de Dallas College siguen las recomendaciones actuales del Centro para el Control de Enfermedades (CDC), el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), la Organización para la Seguridad, Asepsia y Prevención (OSAP), la Asociación Dental Americana (ADA) y la Asociación Estadounidense de Higienistas Dentales (ADHA) para proteger a todo el personal de atención dental (DHCP).  Los programas dentales de Dallas College obedecen las reglas y regulaciones establecidas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), la Agencia de Protección Ambiental (EPA), el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas, la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA) y el Departamento de Salud. y Servicios Humanos en lo que respecta a enfermedades transmisibles y patógenos transmitidos por la sangre.  Los programas dentales de Dallas College están comprometidos a garantizar que cada empleado, solicitante, estudiante y paciente reciba un entorno seguro y saludable. Dallas College exige que todos los estudiantes y empleados tengan las vacunas actualizadas, que incluyen la serie de hepatitis B, para protegerse a sí mismos y a los pacientes de la transmisión de enfermedades. Los profesionales dentales están éticamente obligados a salvaguardar la confidencialidad de los registros de los pacientes y a mantenerlos de manera consistente con la protección y el bienestar del paciente.  Dallas College enfatiza la educación para empleados y estudiantes sobre enfermedades transmisibles y transmitidas por la sangre y el manejo de cada caso de transmisión de enfermedades con sensibilidad, flexibilidad y preocupación por el individuo. Las decisiones de los distritos con respecto a una persona que tiene una enfermedad transmisible se basarán en un criterio médico actual y bien informado que incluya la naturaleza de la enfermedad, el riesgo de transmisión a otros, los síntomas y las circunstancias especiales de la persona, y el equilibrio de los riesgos identificables. y alternativas disponibles para responder a un estudiante o empleado con una enfermedad transmisible.  Se recomienda encarecidamente a los empleados y estudiantes que se sometan a una evaluación personal para evaluar su propio estado de enfermedades transmisibles antes de la inscripción. A ningún estudiante se le negará la entrada a un programa, no se le exigirá que deje de asistir a la universidad o participar en funciones universitarias únicamente por el diagnóstico de una enfermedad transmisible o transmitida por la sangre. Si una revisión de los hechos demuestra que un estudiante no puede desempeñarse según lo requerido por el plan de estudios o presenta un riesgo para su salud o la de sus compañeros de la comunidad, se tomará una decisión con respecto a la asistencia del estudiante a la universidad. Dallas College ofrecerá adaptaciones razonables tanto a los estudiantes como a los empleados que estén infectados con una enfermedad transmisible. Generalmente, las adaptaciones razonables no requerirán el gasto de fondos adicionales.  La clínica dental de Dallas College tiene políticas relacionadas especialmente con enfermedades infecciosas y transmitidas por la sangre que incluyen el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis B (VHB) y otras infecciones transmitidas por la sangre.   * Las personas seropositivas para una enfermedad transmitida por la sangre recibirán el mismo tratamiento que las seronegativas. * Se siguen precauciones estándar en la clínica dental para reducir el ciclo de infección y eliminar la contaminación cruzada, reducir la cantidad de patógenos transmitidos por el aire, proteger a todos los pacientes y al personal de la infección y garantizar que no se rompa la cadena de infección. * Un paciente infectado con un patógeno transmitido por la sangre debe ser tratado con compasión y dignidad y se le brindará acceso a atención y tratamiento dental dentro del alcance de la práctica en la clínica dental. |

**Patógenos Transmitidos por la Sangre (Continuación)**

**Paciente**: Yo, el abajo firmante, entiendo que en caso de que un empleado o estudiante de Dallas College esté expuesto a mis fluidos corporales o sangre durante el curso del tratamiento, mi sangre debe ser analizada por mi cuenta con un sistema codificado especial para garantizar mi confidencialidad. Si se produce dicha exposición, recibiré información adicional sobre los protocolos de prueba y los procedimientos de la clínica de higiene dental. Se me dará el derecho de rechazar la prueba. Cualquier decisión que tome no perjudicará mi relación con el paciente ni mi reputación con la clínica de higiene dental de Dallas College.

**Firma de Paciente** (si es mayor de 18 años y está legalmente autorizado a tomar decisiones de atención medica)

**Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Representante Personal del Paciente/Padres/Guardian Legal:** Certifico que tengo autoridad legal según las leyes federales y estatales para firmar este formulario en nombre del paciente identificado a continuación.

**Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Preguntas?** Comuníquese con la Oficial de Privacidad de HIPPA de Dallas College, Lisa Mayo, Presidenta Académica de Dental Hygiene (214) 860-2375 Revised 7.20.23

**Declaración de Derechos del Paciente**

La Dallas College dental hygiene clinic es una institución de enseñanza. Todos los pacientes recibirán servicios de higiene dental de alta calidad sin costo alguno si sus necesidades de tratamiento están dentro del alcance de la práctica de la clínica de higiene dental y existe una necesidad para los estudiantes. Los estudiantes de higiene brindan atención directa al paciente bajo la supervisión directa de un higienista dental y un dentista autorizados.

**Servicios Disponibles**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Revisión de Antecedentes Medical/Dental/Sociales * Signos Vitales * Detección de Cáncer Bucal * Radiografías (rayos-x) * Limpiezas * Limpiezas Profundas * Selladores Dentales | * Educación Salud Bucal * Ayudas Higiene Bucal * Porcentaje de Placa * Evaluación Periodontal * Fluoruro * Agentes De sensibilizantes de Aplicación * Tratamiento Laser | * Cuidado de la Prótesis Dental * Asesoramiento Nutricional * Tratamiento Dejar de Fumar * Anestesia Local Inyectable y no Inyectable * Antibióticos de Aplicación Local * Polaca, Seda Floja |

**Honorarios**

Todos los servicios anteriores se brindan sin costo alguno para todos los pacientes.

**Derechos del Paciente**

* Solicitud de registro: los pacientes tienen derecho a solicitar una revisión o copia de su registro de paciente según HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.001, a menos que la divulgación del registro cause un daño sustancial e identificable al paciente (salud mental, discapacidades mentales, tratamiento de alcohol o drogas). programas). La clínica de higiene dental de Dallas College enviará una copia de los registros del paciente a un tercero a petición del paciente. Si deseo ejercer este derecho, solicitaré un formulario de divulgación de registros al personal administrativo de la clínica de higiene dental de Dallas College. La clínica de higiene dental solo publica registros con una solicitud firmada por el paciente y proporcionará información del paciente que se encuentra en un conjunto de registros designado. La clínica no cobra ninguna tarifa por la divulgación de registros. Según el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.001 HB300, la clínica tiene 15 días para actuar sobre la solicitud de divulgación de registros, que comienza cuando la clínica recibe la solicitud.
* Todos los pacientes serán tratados con atención compasiva y confidencial.
* Todo el tratamiento es recetado por un dentista autorizado y los estudiantes de higiene son supervisados ​​directamente por dentistas e higienistas dentales autorizados.
* Se le dará la oportunidad de hacer preguntas durante sus citas.
* Se le proporcionará una explicación de las recomendaciones de tratamiento, las alternativas de tratamiento, la opción de rechazar el tratamiento y los riesgos asociados con esta decisión se discutirán con la oportunidad de hacer preguntas.
* Se le pedirá su consentimiento para el tratamiento en formato escrito.
* Se le informará si sus necesidades de tratamiento exceden el alcance de la práctica de la clínica de higiene dental de Dallas College. Se le proporcionará una referencia con una lista de proveedores dentales para servicios de tratamiento que no brinda la clínica de higiene dental.
* Usted tiene derecho a presentar una queja ante el funcionario de privacidad de HIPAA que se indica al final de este formulario. Si deseo ejercer este derecho, solicitaré un ***formulario de queja*** al personal administrativo de la clínica de higiene dental de Dallas College.

**Expectativas del Paciente**

Paciente: Lea la siguiente información y firme la parte inferior del formulario si está de acuerdo con los derechos y expectativas del paciente enumerados.

* **Citas**: Asistiré a todas las citas programadas durante el tiempo que estén programadas. Asistiré a múltiples citas necesarias para completar mi tratamiento. Llegaré puntual a mis citas. Le avisaré con **48 horas** de antelación si necesito reprogramar mi cita.
* **Menores**: No traeré niños menores de edad a mi cita. No se puede dejar a los niños solos en la sala de espera de pacientes. No se permiten niños en la sala de tratamiento de la clínica dental a menos que sean el paciente.
* **Consulta Médica**: Entiendo que puede ser necesaria una consulta médica de mi proveedor de atención médica antes de recibir tratamiento en la clínica de higiene dental. Esta decisión la tomará el dentista autorizado del personal de Dallas College y me la explicará durante mi cita.
* **Comportamiento**: Seré respetuoso y considerado con todos los empleados y estudiantes de higiene dental de Dallas College. Entiendo que esta es una institución de enseñanza y que los estudiantes pueden necesitar más tiempo para brindar servicios que un proveedor con licencia de práctica privada. No acosaré, haré comentarios despectivos, acciones sugestivas, contacto físico no solicitado ni comentarios verbales desagradables a nadie mientras esté en el campus de Dallas College. Cualquier comportamiento impropio resultará en mi despido como paciente de la clínica de higiene dental y se me proporcionará una referencia con una lista de proveedores dentales que pueden continuar mi tratamiento.

Gracias por su contribución al aprendizaje de nuestros estudiantes. Su asistencia es valiosa y apreciamos su apoyo. No proporcione obsequios a los empleados o estudiantes de Dallas College.

**Declaración de Derechos del Paciente (Continuación)**

**Firma de Paciente** (si es mayor de 18 años y está legalmente autorizado a tomar decisiones de atención medica)

**Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma de Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Representante Personal del Paciente/Padres/Guardian Legal:** Certifico que tengo autoridad legal según las leyes federales y estatales para firmar este formulario en nombre del paciente identificado a continuación.

**Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aviso de Practicas de Privacidad**

Este aviso describe cómo la clínica de higiene dental de Dallas College utiliza y divulga la información de salud del paciente y cómo un paciente puede obtener acceso a esta información. Por favor revise y lea atentamente.

La clínica de higiene dental de Dallas College está obligada por ley (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos y Texas HB300) a mantener la privacidad de la información de salud protegida (PHI) del paciente, a proporcionar avisos sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI, y para notificar a las personas afectadas después de una violación de información de salud protegida no segura. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este PNP mientras esté vigente. Este PNP entra en vigor el 20 de julio de 2023 y permanecerá vigente hasta que sea reemplazado en una fecha futura.

La clínica de higiene dental de Dallas College se reserva el derecho de cambiar el NPP y los términos del NPP en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por las leyes federales y estatales, y de hacer que las nuevas disposiciones del NPP entren en vigor para toda la PHI que mantenemos. Cuando se produzca un cambio en el NPP, cambiaremos las publicaciones en la clínica, proporcionaremos una copia a cualquier paciente que lo solicite y cambiaremos nuestro NPP en el sitio web de la clínica de higiene dental.

Puede solicitar una copia de este NPP en cualquier momento y se le proporcionará una copia el mismo día. Se le pedirá que firme este NPP en su primera cita y su documento firmado tendrá una validez de 6 años. Este formulario cumple con HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas 181.001.

**COMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACION DE SALUD SOBRE USTED**

Podemos usar y divulgar su información de salud para diferentes propósitos, incluido el tratamiento y las operaciones de atención médica. Para cada una de estas categorías, hemos proporcionado una descripción y un ejemplo. Cierta información, como la información relacionada con el VIH, la información genética, el uso/abuso de alcohol/sustancias y los registros de salud mental, pueden tener derecho a una protección especial de confidencialidad según las leyes federales o estatales aplicables. Cumplimos con estas protecciones especiales en lo que respecta a los casos aplicables.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tratamiento**  Podemos usar y divulgar su información de salud para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud a un especialista que demuestre su tratamiento.  **Operaciones de Atención Medica**  Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, las operaciones de atención médica incluyen actividades de mejora y aseguramiento de la calidad, la realización de programas de capacitación y actividades de concesión de licencias. En estas operaciones no se utilizan datos identificables del paciente.  **Personas Involucradas en su Cuidado**  Podemos divulgar su información de salud a su familia o amigos, representante del paciente o cualquier otra persona identificada por usted cuando estén involucrados en su atención. Si una persona tiene la autoridad por ley para tomar decisiones de salud por usted, trataremos a ese representante del paciente de la misma manera que lo trataríamos a usted con respecto a su información de salud.  **Alivio de Desastres**  Podemos usar o divulgar su información de salud para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre.  **Requerido por la Ley**  Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley.  **Seguridad Nacional**  Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos revelar a funcionarios federales autorizados información de salud requerida por inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que tengan la custodia legal de la PHI de un recluso o paciente.  **Secretaria de HHS**  Divulgaremos su información de salud al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. cuando sea necesario para investigar o determinar el cumplimiento de HIPAA.  **Forenses, Examinadores Médicos, Directores Funerarias**  Podemos divulgar su PHI a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar PHI a directores de funerarias de conformidad con la ley aplicable para permitirles llevar a cabo sus funciones. | **Actividades de Salud Publica**  Podemos divulgar su información de salud para actividades de salud pública, incluidas divulgaciones para: Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; Denunciar abuso o negligencia infantil; Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos; Notificar a una persona sobre un retiro, reparación o reemplazo de productos o dispositivos; Notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o condición; Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.  **Compensación de Trabajadores**  Podemos divulgar su PHI en la medida autorizada y necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral u otros programas similares establecidos por la ley.  **Cumplimiento de la Ley**  Podemos divulgar su PHI con fines de aplicación de la ley según lo permita HIPAA, según lo exija la ley o en respuesta a una citación u orden judicial.  **Actividades de Supervisión de la Salud**  Podemos divulgar su PHI con fines de aplicación de la ley según lo permita HIPAA, según lo exija la ley o en respuesta a una citación u orden judicial.  **Procedimientos Judiciales y Administrativos**  Si está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. Podemos divulgar información de salud sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal iniciado por otra persona involucrada en la disputa, pero solo si la parte solicitante o nosotros hemos hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o obtener una orden que proteja la información solicitada.  **Investigación**  Podemos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional o una junta de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información. Si se utilizara información privada del paciente en la investigación, esto solo se hará con el consentimiento por escrito del paciente. |
| **SUS DERECHOS DE INFORMACION DE SALUD**  **Acceso**  Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud con excepciones limitadas. Debe realizar la solicitud por escrito. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que figura al final de este NPP. Si solicita información que mantenemos en papel, podemos proporcionarle fotocopias. Si solicita información que mantenemos electrónicamente, tiene derecho a una copia electrónica. Usaremos el formulario y formato que usted solicitó si es fácil de producir. No cobramos por este servicio. Si se le niega una solicitud de acceso, tiene derecho a que se revise la denegación de acuerdo con los requisitos de la ley aplicable.  **Contabilidad de Divulgación**  Con excepción de ciertas divulgaciones, usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables. Para solicitar un informe de las divulgaciones de su información de salud, debe presentar su solicitud por escrito.  **Derecho a Solicitar una Restricción**  Tiene derecho a solicitar restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su PHI presentando una solicitud por escrito. Su solicitud por escrito debe incluir (1) qué información desea limitar, (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos, (3) a quién desea que se apliquen los límites. No estamos obligados a aceptar su solicitud.  **Comunicación Alternativa**  Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Su solicitud debe especificar el medio o la ubicación alternativos. Atenderemos todas las solicitudes razonables. No se aprobarán las solicitudes que pondrían en peligro o aumentarían el riesgo para un empleado o estudiante. No se aprobarán las solicitudes que violen las políticas de Dallas College.  **Enmienda**  Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información. Podemos rechazar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si aceptamos su solicitud, modificaremos su(s) registro(s) y le notificaremos como tal. Si rechazamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos una explicación por escrito del rechazo y sus derechos.  **Derecho a la Notificación de una Infracción**  Recibirá una notificación de una violación de su PHI no segura según lo exige la ley HIPAA.  **Aviso Electrónico**  Recibirá una copia impresa de este NPP cuando lo solicite, incluso si ha aceptado recibir este NPP electrónicamente. | **OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE PHI**  HIPPA requiere su autorización, con pocas excepciones, para la divulgación de notas de psicoterapia, el uso de la divulgación de PHI para marketing y recaudación de fondos, y para la venta de PHI. Dallas College no participa en actividades de marketing, recaudación de fondos o ventas que requerirían la divulgación de su PHI. También obtendremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su PHI para fines distintos a los previstos para su uso en este NPP (o según lo permita o exija la ley). Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento. Al recibir la revocación por escrito, aún dejaremos de usar o divulgar su PHI, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basándose en la autorización.  **PREGUNTAS Y QUEJAS**  Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.  Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para que comunicación con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede presentar una queja utilizando la información de contacto que figura al final de este NPP. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. si lo solicita. |

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

**Nombre de Paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Paciente, Guardian Legal, o Representante Personal del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Relación con el Paciente (circule uno): Uno(a) mismo(a) Padres/** **Guardian Legal Representante Personal**

Internal Dental Clinic Use Only

□ Form signed by patient, legal guardian, personal rep. □ Form signature refused. I explained the NPP and attempted to obtain a signature. The reason provided for the rejection: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Student initials \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Preguntas?** Comuníquese con la Oficial de Privacidad de HIPPA de Dallas College, Lisa Mayo, Presidenta Académica de Dental Hygiene (214) 860-2375 Revised 7.20.23