

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Fecha Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer  
Dirección: \_\_\_\_\_

### Información del Padre

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Email del Guardián: \_\_\_\_\_  
Hogar/Celular: \_\_\_\_\_ 2<sup>ndo</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Email del Guardián: \_\_\_\_\_  
Hogar/Celular: \_\_\_\_\_ 2<sup>ndo</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Seguro Dental: \_\_\_\_\_ SSN #/ ID: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza/Parte Responsable: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Seguro secundario?  Si  No

Seguro Dental: \_\_\_\_\_ SSN #/ ID: \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Póliza/Parte Responsable: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Periódicamente, puede haber ocasiones en las que no pueda llevar a su hijo a la oficina para una cita y necesite depender de un familiar o amigo. Entendemos estas circunstancias; sin embargo, debemos tener una autorización que permita que esta persona acompañe a su hijo. La persona que traiga a su hijo deberá presentar una identificación con foto al momento del servicio. Si elige autorizar a un adulto designado para que acompañe a su hijo a sus citas, complete la sección a continuación o puede elegir no designar a alguien en este momento.

### Autorización de un adulto designado para acompañar al paciente

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente: \_\_\_\_\_  
Hogar/Celular: \_\_\_\_\_ 2<sup>ndo</sup> Teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a los mencionados anteriormente a tomar decisiones médicas y dentales, incluido el acompañamiento de mi hijo a las visitas clínicas y dar mi consentimiento para cualquier cambio en el plan de tratamiento, ya que pueden surgir en el momento del tratamiento, donde el menor no está acompañado por ninguno de los padres o tutores legales, y puede no ser factible o práctico contactarlos. Acepto pagar mi parte de los servicios prestados a mi hijo el mismo día, si corresponde, a medida que se brinda el tratamiento.

No deseo asignar un adulto designado para que acompañe a mi hijo a las citas en este momento.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Historial Dental

- Si  No ¿Alguna vez ha ido su hijo al dentista? ¿Si es así, cual es la fecha de la última limpieza dental y radiografías? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ha experimentado su hijo una reacción desfavorable de la atención dental previa? Si es así, explíquelo por favor \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su niño se chupa el dedo, el pulgar o el chupete? ¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Se acuesta su hijo con un biberón o una taza para sorber? Si es así, ¿qué contiene? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su hijo come bocadillos con frecuencia? ¿Cuáles son sus bocadillos favoritos? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ha tenido su hijo anestesia local? Si es así, ¿hubo algún problema? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ha sido sedado su hijo para tratamiento dental? ¿Hubo algún problema? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Alguna vez se lesionaron los dientes de su hijo? Si es así, ¿qué dientes? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Alguna vez su hijo o alguien de su familia inmediata ha tenido una úlcera bucal u otra úlcera en la boca? Por favor describa: \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su hijo usa una pasta dental con fluoruro?
- Si  No ¿Su hijo comienza a fumar cigarrillos o usa algún producto de tabaco?

**Por favor verifique si su hijo tiene problemas con alguno de los siguientes:**

- Caries  Dolor  Dientes Sensibles  Respiración de Boca  Roce de Dientes
- Infecciones de Encillas  Color de Dientes  Ortodoncia  Sonidos de Mandíbula  Trauma
- Otro: \_\_\_\_\_

### Historial Médico

- Doctor del Niño/Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Cuándo fue la última visita de su hijo al médico y cuál fue el motivo de la visita? \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Ha tenido su hijo alguna vez un problema de salud? Si es así, explíquelo por favor. \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su hijo ha sido hospitalizado, ha tenido anestesia general o visitas a la sala de emergencias? Si es así, explíquelo por favor. \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? Si es así, indique los medicamentos. \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Su hijo es alérgico a algún alimento? Si es así, indique qué comida. \_\_\_\_\_
- Si  No ¿Están al día las vacunas de su hijo?
- Si  No ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes del tratamiento dental?

**Por favor marque si su hijo ha sido tratado por alguno de los siguientes:**

- Abuso  Cancer/Tumores  Soplo Cardíaco  Células falciformes/rasgo
- ADHD  Parálisis Cerebra  Hepatitis  Lesiones significativas
- Reacciones a Drogas Adversas  Defectos congénitos  HIV/SIA  Ronquidos
- Anemia  Diabetes  Enfermedad Hígado/IG  Problemas de Habla/Escucha
- Asma/Respiración  Endocrino/Crecimiento  Retrasos Mentales  Espina bífida
- Autismo  Problemas de Vista  Problemas Sociales/Personalidad
- Sangrado/transfusiones  Infecciones Frecuentes  Dolores de Cabeza  Problemas Amígdala/Adenoides
- Trastornos de la sangre  Enfermedad del Corazón  Convulsiones  Tuberculosis (TB)
- Otro: \_\_\_\_\_

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental cualquier cambio en el estado médico de mi hijo.

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Exámenes/Rayos X/Tratamiento con Flúor

Para la primera visita y el examen periódico, realizamos exámenes integrales, tomamos las radiografías necesarias y brindamos tratamientos con flúor para garantizar que nuestros pacientes gocen de la mejor salud oral. La frecuencia de las radiografías que se toman depende de la higiene oral del paciente y de la evaluación del riesgo de caries. Entiendo que mi hijo recibirá un examen dental del Dr. Opinga y/o a los miembros de su personal. Entiendo que se pueden tomar radiografías de los dientes de mi hijo como parte de los requisitos necesarios para completar un examen completo y exhaustivo.

### Limpieza Dental

Autorizo al Dr. Opinga y/o a los miembros de su personal a limpiar los dientes de mi hijo hoy.

### Drogas y Medicamentos

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y compuestos tópicos pueden causar reacciones alérgicas incluso sin antecedentes conocidos. Las reacciones alérgicas pueden causar enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico. He informado al dentista, hasta donde tengo conocimiento, de cualquier reacción adversa que mi hijo haya tenido.

### Consentimiento de Fotografía Médica

Doy mi consentimiento para que las fotografías digitales y las imágenes de rayos X de mi hijo se usen exclusivamente dentro de su registro médico para fines de identificación y tratamiento dental.

### Consentimiento de Fotografía Opcional

Doy mi consentimiento para que se tome y muestre la foto de mi hijo en la oficina como parte de concursos o tableros de anuncios.

Doy mi consentimiento  No doy mi consentimiento

Doy mi consentimiento para que se tome y publique la foto de mi hijo como parte de las redes sociales en línea, que incluye, entre otras cosas, el sitio web y el blog de la oficina; Facebook, Yelp e Instagram.

Doy mi consentimiento  No doy mi consentimiento

### Autorización y Liberación

Por la presente certifico que he leído y entiendo el formulario de consentimiento. Afirmo que la información que he proporcionado es correcta hasta donde tengo conocimiento. Se llevará a cabo con la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en mi información de contacto personal y del estado médico de mi hijo. Autorizo al equipo dental a realizar el servicio dental necesario que mi hijo necesita, que incluye, entre otros, exámenes, profilaxis, radiografías y tratamiento con flúor. Por la presente certifico que entiendo y he sido informado de los riesgos, beneficios y alternativas de los procedimientos dentales provistos.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## POLÍTICA DE OFICINA

### POLÍTICA DE PADRES/TUTORES

Reconozco que la política de Bethel Kids Dental es que un padre o tutor legalmente responsable esté presente en todas las citas dentales. Si alguien que no sea el padre o tutor legal acompaña a su hijo a su visita, debe tener una autorización / consentimiento de los padres firmado en el archivo o nos reservamos el derecho de reprogramar la cita.

No está permitido que los padres o tutores dejen o abandonen a sus hijos en el consultorio durante el examen o tratamiento dental y que los recojan en cualquier servicio de transporte compartido más adelante. Los niños no acompañados no serán entregados a nadie que no sea el padre o tutor registrado. La oficina no será responsable de ningún niño no acompañado y el padre o tutor renunciará a toda responsabilidad de la oficina por cualquier cosa que le pueda pasar al niño no acompañado mientras esté en la oficina sin su padre o tutor. Nos comunicaremos con las autoridades locales apropiadas para obtener más instrucciones si el padre o tutor no está disponible o no está disponible después de que la oficina haya intentado comunicarse con el padre o tutor registrado.

### CANCELACIONES E INASISTENCIAS

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una consulta para sus necesidades particulares. Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, necesitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible dar su consulta reservado a otro paciente que lo desea. Las cancelaciones repetidas con un máximo de tres citas perdidas sin previo aviso resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras. Creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se hace su cita, se reserva una consulta, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía de usted. Si tiene alguna pregunta o problema que le impida asistir a sus citas, llámenos con anticipación al (209) 400-2018 y con mucho gusto reprogramaremos su cita para un horario más conveniente.

### SOLICITAR UN BIC NUEVO O UNA TARJETA BIC DE REEMPLAZO (PARA EL SEGURO DENTAL MEDI-CAL)

Si no recibió su tarjeta, la perdió, le robaron la tarjeta o la tarjeta que recibió por correo tiene información incorrecta, puede solicitar un BIC en la oficina de servicios sociales de su condado local. Para el condado de San Joaquín, puede llamar y solicitar una Tarjeta de identificación de beneficios (BIC) comunicándose con el mostrador de emisión de BIC al 209-468-1328.

### AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA RECONOCIMIENTO, CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA. Entiendo y doy mi consentimiento para que la información médica de mi hijo se utilice dentro de las pautas de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Entiendo los términos y autorizo a Bethel Kids Dental a divulgar la información dental de mi hijo a los profesionales involucrados en el cuidado de mi hijo y a las partes a las que autorizo a recibir la información dental de mi hijo.

### HOJA INFORMATIVA DE MATERIALES DENTALES

Reconozco que he recibido una copia de la Hoja informativa sobre materiales dentales de mayo de 2004.

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## POLÍTICA FINANCIERA

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Aunque nuestra oficina estará encantada de presentar electrónicamente reclamaciones de seguro dental como cortesía hacia usted, todos y cada uno de los saldos de las cuentas son, en última instancia, su responsabilidad. Debe proporcionar la información de su seguro más actualizada antes de cada visita y según sea necesario durante la atención. **Los planes de seguro pueden variar mucho y algunas empresas seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán.** Autorizo a Bethel Kids Dental a cobrar el pago a la compañía de seguros. Entiendo que la compañía de seguros puede reembolsar sólo una parte de mi factura y que, en última instancia, soy responsable del pago total. Si la compañía de seguros niega un reclamo por cualquier motivo en cualquier momento, entiendo que soy directamente responsable del pago del monto pendiente. Un miembro de nuestro Departamento de Facturación le notificará si hay algún saldo impago en su cuenta. Entendemos que muchos pueden experimentar dificultades financieras en cualquier momento. Si este es el caso, comuníquese con nuestro Departamento de Facturación para que podamos ayudarlo a hacer los arreglos de pago. Bethel Kids Dental acepta pagos en efectivo o con tarjeta de crédito únicamente.

INICIALES: \_\_\_\_\_

### SALDO NO PAGADO/NO COBRADO

Cualquier saldo impago y no cobrado que supere los 90 días se remitirá a una agencia de cobranza externa después de que se envíe la notificación de falta de pago y el saldo adeudado. En el caso de que su cuenta sea entregada para cobros, la parte responsable se compromete a pagar todos los cargos adicionales incurridos en el cobro de la deuda. Estos honorarios incluyen el saldo y los honorarios asociados al cobro del pago y los honorarios del abogado. Durante este tiempo, no podremos ver a sus hijos para recibir servicios adicionales en nuestra oficina hasta que se pague el saldo impago/no cobrado o se hagan arreglos de pago. INICIALES: \_\_\_\_\_

### CONDICIONES DE PAGO PARA PAGO POR CUENTA PROPIA

En caso de que no tenga seguro médico, o sepa de antemano que un servicio específico no estará cubierto por su compañía de seguros, será responsable de realizar un pago antes de prestar los servicios durante ese día en nuestra oficina. Debe pagar el importe total en cada visita. INICIALES: \_\_\_\_\_

### CESIÓN DE BENEFICIOS

En determinadas circunstancias, las compañías de seguros pueden enviar un cheque por los servicios prestados por BETHEL KIDS DENTAL directamente al paciente. En tales casos, el paciente acepta endosar y enviar dicho cheque a BETHEL KIDS DENTAL. Si el paciente deposita dicho cheque en una cuenta personal, el paciente acepta enviar un cheque personal por el monto equivalente a BETHEL KIDS DENTAL dentro de los 10 días posteriores a haber depositado el cheque de la compañía de seguros.

INICIALES: \_\_\_\_\_

Por la presente asigno todos los beneficios dentales, incluidos los principales beneficios dentales a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y ordeno a mi(s) compañía(s) de seguro, incluido Medi-cal Dental, seguro privado y cualquier otro plan médico/de salud, que emitan el pago directamente a BETHEL KIDS DENTAL. INICIALES: \_\_\_\_\_

### PARA PACIENTES DE SEGURO DENTAL MEDI-CAL

Debe presentar una Tarjeta de emisión de beneficios (BIC) válida en cada visita y según sea necesario. Si no tiene una tarjeta BIC al momento de la visita, es responsable de solicitar una tarjeta nueva o de reemplazo. Si no tenemos una tarjeta BIC válida o no tenemos elegibilidad registrada, usted será responsable de cualquier tarifa que Medi-Cal Dental no pague o no pague. En el caso de que Medi-Cal Dental no haya pagado dentro de los 90 días posteriores a la presentación del reclamo o haya pagado menos de lo previsto por la atención, uno de los miembros de nuestro equipo se comunicará con usted sobre la situación.

INICIALES: \_\_\_\_\_

*Asumo la responsabilidad financiera de todos los tratamientos dentales y medicamentos que se le proporcionen a mi hijo. Entiendo que se espera el pago en la fecha en que se brindan los servicios. He leído, comprendido y aceptado la política financiera anterior para los pagos de los servicios prestados a nuestra oficina.*

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE ARBITRAJE

**Artículo 1: Acuerdo para arbitrar negligencia médica y otras disputas:** Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, sobre si algún servicio médico prestado bajo este contrato fue innecesario o no autorizado o se prestó de manera inadecuada, negligente o incompetente, será determinado mediante la presentación a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto que la ley de California establezca la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. **Ambas partes de este Contrato, al celebrarlo, renuncian a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, aceptan el uso del arbitraje.**

Se entiende además que cualquier disputa relacionada o que surja de cualquier cargo, facturación, pago, financiamiento, cobro de deudas, solicitudes y/o marketing relacionado con cualquier servicio médico o dental ofrecido o prestado por Bethel Kids Dental se determinará mediante la presentación a arbitraje según lo dispuesto de conformidad con los términos descritos en este documento.

**Artículo 2: Todos los reclamos deben ser arbitrados:** Es la intención y el acuerdo de las partes que este acuerdo de arbitraje cubrirá todos los reclamos o controversias relacionadas con los asuntos descritos en el Artículo 1 anterior, excepto los reclamos dentro de la jurisdicción del Tribunal de Reclamos Menores, ya sea por agravio (intencional o negligente), contrato o de otro modo, incluidas, entre otras, demandas relacionadas con los asuntos descritos en el Artículo 1 y que también involucren reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, discriminación, angustia emocional o daños punitivos. El arbitraje de conformidad con los términos de este Contrato vinculará a todas las partes cuyos reclamos, según se describe en el Artículo 1, puedan surgir o estar relacionados de alguna manera con el tratamiento o los servicios proporcionados o no proporcionados por Bethel Kids Dental. El abajo firmante entiende y acepta que si firma este Contrato en nombre de alguna otra persona por la cual tiene responsabilidad, entonces, además del abajo firmante, dicha(s) persona(s) también estarán obligadas, junto con cualquier otra persona que pueda tener un reclamo que surja del tratamiento o servicios prestados a esa persona. La referencia a Bethel Kids Dental incluye la corporación y sus empleados, agentes y proveedores.

**Artículo 3: Renuncia a demanda colectiva:** Es la intención y el acuerdo de las partes que cualquier arbitraje iniciado de conformidad con este acuerdo se llevará a cabo de forma individual únicamente, y no de forma colectiva, colectiva o representativa. No habrá derecho ni autoridad para presentar, escuchar o arbitrar ninguna disputa como una acción colectiva, representativa o colectiva, o como miembro de cualquier supuesto procedimiento colectivo, representativo o colectivo ("Renuncia a demanda colectiva"). Las disputas relacionadas con la validez y aplicabilidad de la Renuncia a la demanda colectiva pueden ser resueltas únicamente por un tribunal civil de jurisdicción competente y no por un árbitro. En cualquier caso en el que (1) la disputa se presente como una acción colectiva, colectiva o representativa y (2) un tribunal civil de jurisdicción competente determine que toda o parte de la Renuncia a demanda colectiva es inaplicable, la demanda colectiva, colectiva y/o La acción representativa en esa medida debe litigarse en un tribunal civil de jurisdicción competente, pero la parte de la Renuncia a demanda colectiva que sea exigible se hará cumplir mediante arbitraje.

**Artículo 4: Procedimientos y ley aplicable:** El paciente iniciará el arbitraje entregando una Demanda de arbitraje a Bethel Kids Dental y a cada demandado. El reclamo se enviará por correo postal de EE. UU., con franqueo prepago, a: Bethel Kids Dental, 531 W. Kettleman Lane Lodi, CA 95240. Una demanda de arbitraje debe comunicarse por escrito a todas las partes, identificar a cada demandado, describir el reclamo contra cada uno. parte, y el monto de los daños reclamados, y los nombres, direcciones y números de teléfono del Paciente y su abogado. El paciente y Bethel Kids Dental acuerdan que cualquier arbitraje en virtud del presente será realizado por un árbitro único y neutral seleccionado por las partes y se resolverá utilizando las reglas de la Asociación Estadounidense de Arbitraje vigentes en el momento en que se cumplan los requisitos para una demanda de arbitraje. (ubicado en <https://www.adr.org/>). (Sin embargo, el arbitraje no será realizado por la Asociación Americana de Arbitraje y será realizado por una agencia de arbitraje seleccionada mutuamente por las partes). El paciente deberá presentar sus reclamos con diligencia razonable y el arbitraje se regirá de conformidad con el

Código Civil §§ 3333.1 y 3333.2, el Código de Procedimiento Civil §§ 340.5, 667.7, 1281-1295 y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. §§ 1- 9), vigentes de vez en cuando. Las partes correrán con sus propios costos, honorarios y gastos junto con una parte prorrateada de los honorarios y gastos del árbitro.

**Artículo 5: Efecto retroactivo:** El paciente tiene la intención de que este Contrato cubra los servicios prestados por Bethel Kids Dental no solo después de la fecha de su firma (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de su firma.

**Artículo 6: Divisibilidad:** Si alguna disposición de este Contrato se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que este Contrato es voluntario y que si lo firmo, puedo rescindirlo únicamente mediante notificación por escrito que debe ser entregada y recibida por Western en la dirección indicada en el Artículo 4 dentro de los 30 días posteriores a la firma. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este Contrato. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

**AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER PROBLEMA DE MAL PRÁCTICA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O TRIBUNAL. VER ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.**

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### ACUERDO DE ARBITRAJE DE BETHEL KIDS DENTAL

En consideración de los acuerdos anteriores en virtud de este Contrato, Western también acepta estar sujeto a los términos establecidos en este Contrato y a las reglas especificadas en el Artículo 4 anterior.

Se entregará al paciente una copia firmada de este documento. El original debe archivar en el expediente dental del paciente.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN; POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

Las leyes estatales y federales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud y informarle sobre nuestras prácticas de privacidad proporcionándole este Aviso. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen a continuación. Este Aviso entrará en vigor el 14 de abril de 2003 y permanecerá vigente hasta que lo modifiquemos o reemplacemos.

Es nuestro derecho cambiar nuestras prácticas de privacidad siempre que la ley lo permita. Antes de realizar un cambio significativo, este "Aviso se modificará para reflejar los cambios y pondremos el nuevo Aviso a disposición previa solicitud. Nos reservamos el derecho de realizar cualquier cambio en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro Aviso efectivos para todos los servicios de salud. información mantenida, creada y/o recibida por nosotros antes de que se realizaran los cambios de fecha.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad; la información sobre cómo comunicarse con nosotros se puede encontrar al final de este Aviso.

### USOS Y DIVULGACIONES TÍPICAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

We will keep your health information confidential, using it only for the following purposes:

**Tratamiento:** Podemos utilizar su información de salud para brindarle nuestros servicios profesionales. Hemos establecido estándares "mínimos necesarios o que se necesita saber" que limitan el acceso de varios miembros del personal a su información de salud de acuerdo con sus funciones laborales principales. Todos los miembros de nuestro personal deben firmar una declaración de confidencialidad.

**Divulgación:** Podemos divulgar y/o compartir su información de atención médica con otros profesionales de atención médica que le brindan tratamiento y/o servicio. Estos profesionales tendrán una política de privacidad y confidencialidad como ésta. La información de salud sobre usted también puede divulgarse a su familia, amigos y/u otras personas que usted elija involucrar en su atención, solo si usted acepta que podemos hacerlo.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para solicitar el pago de los servicios que le brindamos. Esta divulgación involucra al personal de nuestra oficina comercial y puede incluir organizaciones de seguros u otras empresas que puedan involucrarse en el proceso de envío de estados de cuenta y/o cobro de saldos impagos.

**Emergencias:** Podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar en la notificación a un miembro de la familia o cualquier persona responsable de su atención, en caso de cualquier emergencia que involucre su atención, su ubicación, su condición general o muerte. Si es posible, le brindaremos la oportunidad de oponerse a este uso o divulgación. En condiciones de emergencia o si está incapacitado, utilizaremos nuestro criterio profesional para revelar solo la información directamente relevante para su atención. También usaremos nuestro criterio profesional para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que alguien recoja recetas surtidas, radiografías u otras formas similares de información y/o suministros de salud, a menos que usted nos haya indicado lo contrario.

**Operaciones de atención médica:** utilizaremos y divulgaremos su información de salud para mantener nuestra práctica operativa. Ejemplos de personal que puede tener acceso a esta información incluyen, entre otros, nuestro personal de registros médicos, revisores externos de salud o administración e individuos que realizan actividades similares.

**Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando así lo exija la ley. (Órdenes judiciales o administrativas, citaciones, solicitudes de descubrimiento u otros procesos legales). Usaremos y divulgaremos su información cuando lo soliciten los funcionarios de seguridad nacional, inteligencia y otros funcionarios estatales y federales y/o si usted es un recluso o está bajo la custodia de otro modo. aplicación de la ley.

**Abuso o negligencia:** Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o una posible víctima de otros delitos. Esta información se divulgará sólo en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o la de otros.

**Responsabilidades de salud pública:** divulgaremos su información de atención médica para informar problemas con productos, reacciones a medicamentos, retiros de productos y exposición a enfermedades/infecciones y para prevenir y controlar enfermedades, lesiones y/o discapacidades.

**Comercialización de servicios relacionados con la salud:** No utilizaremos su información de salud con fines de marketing a menos que tengamos su autorización por escrito para hacerlo.



531 W. Kettleman Lane  
Lodi, CA 95240

1660 W. Yosemite Ave. #1  
Manteca, CA 95337

3633 Bradshaw Rd. #A-D  
Sacramento, CA 95827

**Seguridad Nacional:** La información de salud del personal de las Fuerzas Armadas puede ser revelada a las autoridades militares bajo ciertas circunstancias. Si la información es necesaria para inteligencia legal, contrainteligencia u otras actividades de seguridad nacional, podemos revelarla a funcionarios federales autorizados.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para brindarle recordatorios de citas. incluidos, entre otros, mensajes de correo de voz, correo electrónico, postales o cartas.

### SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD COMO NUESTRO PACIENTE

**Acceso:** previa solicitud por escrito, tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su información de salud (y la de una persona de la cual es tutor legal). Habrá algunas excepciones limitadas. Si desea examinar su información de salud, deberá completar y enviar un formulario de solicitud apropiado. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para obtener una copia del formulario de solicitud. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección que figura al final de este Aviso. Una vez aprobado, se puede programar una cita para revisar sus registros. Las copias, si se solicitan, costarán \$1.00 por cada página y el tiempo del personal cobrado será el salario mínimo actual, incluido el tiempo requerido para localizar y copiar su información de salud. Si desea que le envíen las copias por correo, también se le cobrará el envío. Si prefiere un resumen o una explicación de la información de su hogar, se la proporcionaremos pagando una tarifa. Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad para solicitar una tarifa y/o obtener una explicación de nuestra estructura de tarifas.

**Enmienda:** Tiene derecho a modificar su información de atención médica si considera que es inexacta o está incompleta. Su solicitud debe realizarse por escrito y debe incluir una explicación de por qué se debe modificar la información. En determinadas circunstancias, su solicitud puede ser denegada.

**Divulgaciones no rutinarias:** tiene derecho a recibir una lista de divulgaciones no rutinarias que hemos realizado de su información de atención médica. (Cuando hacemos una divulgación rutinaria de su información a un profesional para fines de tratamiento y/o pago, no mantenemos un registro de las divulgaciones rutinarias: por lo tanto, estas no están disponibles). Tiene derecho a una lista de casos en los que nosotros, o nuestros socios comerciales, divulgamos información por motivos distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Puede solicitar divulgaciones no rutinarias que se remontan a 6 años atrás a partir del 7 de diciembre de 2017. No sería necesario divulgar información anterior a esa fecha. (Ejemplo: si solicita información el 15 de mayo de 2018, el período de divulgación comenzaría el 7 de diciembre de 2017 hasta el 15 de mayo de 2018. Las divulgaciones anteriores al 7 de diciembre de 2017 no tienen que estar disponibles).

**Restricciones:** Tiene derecho a solicitar que imponamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su salud. información. No tenemos que aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en emergencias). Comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad si desea restringir aún más el acceso a su información de atención médica. Esta solicitud deberá presentarse por escrito.

### PREGUNTAS Y QUEJAS

Tiene derecho a presentarnos una queja si considera que no hemos cumplido con nuestras Políticas de Privacidad. Su queja debe dirigirse a nuestro Oficial de Privacidad. Si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión que tomamos con respecto a su acceso a su información de salud, puede presentar una queja por escrito. Solicite un formulario de queja a nuestro Oficial de Privacidad. Respaldamos su derecho a la privacidad de su información y 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.

### CÓMO CONTACTARNOS

NOMBRE DE LA PRÁCTICA: RONALDO OPINGA DMD, INC. DBA BETHEL KIDS DENTAL

TELÉFONO: (209) 400-2018

CORREO ELECTRÓNICO: INFO@BETHELKIDSDENTAL.COM

DIRECCIÓN: 531 W. KETTLEMAN LANE LODI, CA 95240



209-500-1910



info@bethelkidsdental.com



www.BethelKidsDental.com

## HOJA INFORMATIVA DE MATERIALES DENTALES

by the Dental Board of California  
1432 Howe Avenue Sacramento, CA 95825  
[www.dbc.ca.QOv](http://www.dbc.ca.QOv)

¿Qué pasa con la seguridad de los materiales de relleno? La salud del paciente y la seguridad de los tratamientos dentales son los objetivos principales de los profesionales dentales de California y de la Junta Dental de California. El propósito de esta hoja informativa es brindarle información sobre los riesgos y beneficios de todos los materiales dentales utilizados en la restauración (empaste) de los dientes.

La Junta Dental de California está obligada por ley\* a poner esta hoja informativa sobre materiales dentales a disposición de todos los dentistas autorizados en el estado de California. Su dentista, a su vez, debe proporcionar esta hoja informativa a cada paciente nuevo y a todos los pacientes registrados sólo una vez antes de comenzar cualquier procedimiento de empaste dental.

Como paciente o padre/tutor, le recomendamos encarecidamente que hable con su dentista sobre los datos presentados sobre los materiales de empaste que se están considerando para su tratamiento particular.

\* Código de Negocios y Profesiones 1648.10-1648.20

**Reacciones alérgicas a los materiales dentales:** Los componentes de los empastes dentales pueden tener efectos secundarios o causar reacciones alérgicas, al igual que otros materiales con los que podemos entrar en contacto en nuestra vida diaria. Los riesgos de tales reacciones son muy bajos para todos los tipos de materiales de obturación. Estas reacciones pueden ser causadas por componentes específicos de los materiales de relleno, como aleaciones de mercurio, níquel, cromo y/o berilio. Por lo general, una alergia se revelará como una erupción cutánea y se revierte fácilmente cuando el individuo no está en contacto con el material.

No hay casos documentados de reacciones alérgicas a la resina compuesta, al ionómero de vidrio, al ionómero de resina o a la porcelana. Sin embargo, se han reportado respuestas alérgicas raras con amalgama dental (empastes de plata), porcelana fundida con metal, aleaciones de oro y aleaciones de níquel o cromo cobalto.

Si sufre de alergias, hable sobre estos posibles problemas con su dentista antes de elegir un material de obturación.

### Toxicidad de los materiales dentales

**Amalgama dental (plata):** El mercurio en su forma elemental está en la lista de sustancias químicas de la Proposición 65 del estado de California que el estado considera que causan toxicidad reproductiva. El mercurio puede dañar el cerebro en desarrollo de un niño o un feto.

La amalgama dental (plata) se crea mezclando mercurio elemental (43-54%) y una aleación en polvo (46-57%) compuesta principalmente de plata, estaño y cobre. Esto ha provocado una discusión sobre los riesgos del mercurio en la amalgama dental (plata). Este mercurio se emite en cantidades mínimas en forma de vapor. Se han planteado algunas preocupaciones con respecto a una posible toxicidad. Continúa la investigación científica sobre la seguridad de la amalgama dental. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hay escasa evidencia de que la salud de la gran mayoría de las personas con amalgama esté comprometida.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y otras organizaciones de salud pública han investigado la seguridad de la amalgama utilizada en los empastes dentales. La conclusión: ninguna evidencia científica válida ha demostrado que las amalgamas causen daño a los pacientes con restauraciones dentales, excepto en casos raros de alergia. La Organización Mundial de la Salud llegó a una conclusión similar afirmando que "las restauraciones de amalgama son seguras y rentables".

Existe diversidad de opiniones sobre la seguridad de las amalgamas dentales. Se han planteado dudas sobre su seguridad en mujeres embarazadas, niños y diabéticos. Sin embargo, la evidencia científica y la literatura de investigación en revistas científicas revisadas por pares sugieren que las mujeres, los niños y los diabéticos, por lo demás sanos, no corren un mayor riesgo de tener amalgamas dentales en la boca. La FDA no impone restricciones sobre el uso de amalgama dental.

**Resina compuesta:** algunas resinas compuestas incluyen sílice cristalina, que se encuentra en la lista de sustancias químicas de la Propuesta 65 del estado de California que causan cáncer. Siempre es una buena idea discutir detalladamente cualquier tratamiento dental con su dentista.

**Materiales dentales:** ventajas y desventajas

**RELLENOS DE AMALGAMA DENTAL (PLATA):** La amalgama dental es una mezcla autoendurecible de polvo de aleación de plata, estaño y cobre y mercurio líquido y, a veces, se la conoce como empastes de plata debido a su color. A menudo se utiliza como material de obturación y reemplazo de dientes rotos.

#### Ventajas

- Durable; de larga duración
- Se usa bien; resiste bien las fuerzas de morder
- Relativamente económico
- Autosellado; Contracción mínima o nula y resistente a fugas.
- Generalmente completado en una visita
- La resistencia a una mayor descomposición es alta, pero puede ser difícil de encontrar en las primeras etapas.
- La frecuencia de reparación y reemplazo es baja.

#### Desventajas

- Consulte "¿Qué pasa con la seguridad de los materiales de relleno?"
- Color gris, no color de dientes
- Puede oscurecerse al corroerse; puede manchar los dientes con el tiempo
- Requiere la extracción de algún diente sano.
- En empastes de amalgama más grandes, el diente restante puede debilitarse y fracturarse.
- Debido a que el metal puede conducir temperaturas frías y calientes, puede haber una sensibilidad temporal al calor y al frío.
- El contacto con otros metales puede causar un flujo eléctrico diminuto y ocasional.

La durabilidad de cualquier restauración dental está influenciada no sólo por el material con el que está fabricada, sino también por la técnica del dentista a la hora de colocar la restauración. Otros factores incluyen los materiales de apoyo utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. La duración de una restauración depende de su higiene dental, cuidados en el hogar y hábitos de dieta y masticación.

**RELLENOS DE RESINA COMPUESTA:** Los empastes compuestos son una mezcla de vidrio en polvo y resina plástica, a veces denominados empastes blancos, plásticos o del color del diente. Se utiliza para empastes, incrustaciones, carillas, coronas parciales y completas, o para reparar porciones de dientes rotos.

#### Ventajas

- Fuerte y duradero
- Color del diente
- Visita única para empastes
- Cantidad máxima de dientes preservados
- Pequeño riesgo de fuga si se adhiere solo al esmalte.
- No se corroe
- Generalmente resiste bien las fuerzas de mordida.
- La resistencia a una mayor descomposición es moderada y fácil de encontrar.
- La frecuencia de reparación o reemplazo es baja a moderada.

#### Desventajas

- Consulte "¿Qué pasa con la seguridad de los materiales de relleno?"
- Aparición moderada de sensibilidad dental; sensible al método de aplicación del dentista
- Cuesta más que la amalgama dental.
- El material se encoge cuando se endurece y podría provocar una mayor descomposición y/o sensibilidad a la temperatura.
- Requiere más de una visita para incrustaciones, carillas y coronas. \*Puede desgastarse más rápido que el esmalte dental.
- Puede filtrarse con el tiempo cuando se adhiere debajo de la capa de esmalte.

**CEMENTO DE IONÓMERO DE VIDRIO:** El cemento de ionómero de vidrio es una mezcla autoendurecible de vidrio y ácido orgánico. Es del color de los dientes y varía en translucidez. El ionómero de vidrio se utiliza generalmente para limaduras pequeñas, cementación de coronas de metal y porcelana/metal, revestimientos y restauraciones temporales.

#### Ventajas

- Estética razonablemente buena.
- Puede proporcionar cierta ayuda contra las caries porque libera flúor.
- Es necesario extraer una cantidad mínima de diente y se adhiere bien tanto al esmalte como a la dentina debajo del esmalte.
- El material tiene una baja incidencia de producir sensibilidad dental. Generalmente se completa en una visita al dentista.

#### Desventajas

- El costo es muy similar al de la resina compuesta (que cuesta más que la amalgama)
- Uso limitado porque no se recomienda para superficies de mordida en dientes permanentes.
- A medida que envejece, este material puede volverse áspero y podría aumentar la acumulación de placa y la posibilidad de enfermedad periodontal.
- No se desgasta bien; tiende a agrietarse con el tiempo y puede desprenderse

**CEMENTO DE IONÓMERO DE RESINA:** El cemento de ionómero de resina es una mezcla de vidrio, polímero de resina y ácido orgánico que se endurece con la exposición a una luz azul que se usa en el consultorio dental. Tiene el color del diente pero es más translúcido que el cemento de ionómero de vidrio. Se utiliza con mayor frecuencia para pequeños empastes, cementación de coronas y revestimientos de metal y porcelana.

#### Ventajas

- o Muy buena estética
- o Puede proporcionar cierta ayuda contra las caries porque libera flúor.
- o Es necesario extraer una cantidad mínima de diente y se adhiere bien tanto al esmalte como a la dentina debajo del esmalte.
- o Bueno para superficies que no muerden, resistente a fugas.
- o Puede usarse para restauraciones de dientes primarios a corto plazo.
- o Puede resistir mejor que el ionómero de vidrio, pero no tan bien como el compuesto.
- o El material tiene una baja incidencia de producir sensibilidad dental.
- o Generalmente se completa en una visita al dentista.

#### Desventajas

- o El costo es muy similar al de la resina compuesta (que cuesta más que la amalgama)
- o Uso limitado porque no se recomienda restaurar las superficies de mordida de adultos
- o Se desgasta más rápido que el composite y la amalgama.

**PORCELANA (CERÁMICA):** La porcelana es un material similar al vidrio que se forma en empastes o coronas utilizando modelos de los dientes preparados. El material es coloreado y se utiliza en incrustaciones, carillas dentales, coronas y puentes fijos.

#### Ventajas

- o Es necesario extraer muy poco diente para usarlo como carilla; Es necesario extraer más dientes para una corona porque su resistencia está relacionada con su volumen (tamaño).
- o Buena resistencia a mayores deterioros si la restauración encaja bien
- o Es resistente al desgaste de la superficie pero puede causar cierto desgaste en los dientes opuestos.
- o Resiste fugas porque se le puede moldear para un ajuste muy preciso
- o El material no causa sensibilidad dental.

#### Desventajas

- o El material es quebradizo y puede romperse bajo fuerzas de mordida.
- o Puede no ser recomendado para molares.
- o Mayor costo porque requiere al menos dos visitas al consultorio y servicios de laboratorio.

**ALEACIONES DE NÍQUEL O COBALTO-CROMO:** Las aleaciones de níquel o cobalto-cromo son mezclas de níquel y cromo. Son de un color metálico plateado oscuro y se utilizan para coronas, puentes fijos y la mayoría de las estructuras de prótesis dentales parciales.

#### Ventajas

- o Buena resistencia a mayores deterioros si la restauración encaja bien
- o Excelente durabilidad; no se fractura bajo estrés
- o No se corroe en la boca.
- o Es necesario extraer una cantidad mínima de diente.
- o Resiste fugas porque se le puede moldear para un ajuste muy preciso

#### Desventajas

- o No tiene el color de los dientes; La aleación es de un color metálico plateado oscuro.
- o Conduce calor y frío; puede irritar los dientes sensibles. Puede ser abrasivo para los dientes opuestos.
- o Alto costo; Requiere al menos dos visitas al consultorio y servicios de laboratorio. Desgaste ligeramente mayor en los dientes opuestos

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

1432 Howe Avenue  
Sacramento, CA 95825

[www.dbc.ca.gov](http://www.dbc.ca.gov)

Publicado por el Departamento de California  
de Asuntos del Consumidor

05/2004

*Los hechos sobre los empastes*

