TeamSmile®
Dental and Sports Professionals Teaming Up To Provide Free Dental Healthcare

Consentimiento del paciente para tratamiento dental e historia clínica

Por favor complete el presente formulario de ambos lados, y firme en calidad de padre o tutor de su hijo en el anverso y reverso del presente ("paciente").
TeamSmile otorgará tratamiento dental y preventivo gratuito, incluidos, entre otros, exámenes de diagnóstico, radiografías, limpiezas, selladores, rellenos, extracciones, pulpotomías, coronas, fluoruro diamino de plata (FDP) durante la enseñanza al paciente sobre el valor de un compromiso de por vida con el cuidado de la salud oral.

Información sobre el paciente a ser completada por el padre o tutor

Escuela u organización a la que pertenece el paciente: _____
Nombre del paciente:_____
Edad: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____Sexo: Masculino _____ Femenino_____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____Código postal: _____
Elegible para Medicaid: Sí_____ No_____
Raza/Etnia (marque el que corresponda) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano
Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico Hispano/Latino Blanco Otro_____
Idioma(s) que se hablan en su hogar_____

Nombre del padre/Tutor: _____ Relación con el paciente: _____
Correo electrónico: _____ Teléfono Cellular/Móvil:_____

<u>EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR el día del tratamiento:</u>
Nombre completo: _____ Apellido: _____
Teléfono de contacto: _____ Teléfono alternativo: _____

Para cada pregunta, indique su consentimiento (sí) o (no) con una "x" en cada una de las casillas correspondientes a continuación.

Sí	No	
		Servicios de prevención y diagnóstico: limpieza dental, instrucciones de higiene bucal, selladores, tratamiento con fluoruro y revisiones
		Servicios de restauración: rellenos, coronas de acero inoxidable, pulpotomía con radiografías. Se podrá utilizar anestesia local para estos procedimientos
		Extracción de dientes de leche: Extracción de dientes de leche que no pueden ser restaurados mediante otros tratamientos con radiografías. Se podrá utilizar anestesia local para estos procedimientos
		Extracción de dientes permanentes: Extracción de dientes permanentes que no pueden ser restaurados mediante otros tratamientos con radiografías. Se podrá utilizar anestesia local para estos procedimientos
		Fluoruro Diamino De Plata(FDP) es un líquido que ayuda a detener la caries dental con radiografías. Este tratamiento será realizado en varias citas, en intervalos de tres, seis o doce meses. Una pequeña cantidad de FDP se aplica a la zona del diente con caries. No permita que su niño(a) coma o beba durante una hora después del tratamiento con FDP y no debe cepillar los dientes hasta la mañana siguiente. La caries se oscurecerá permanentemente. **La estructura sana del diente no se manchará**. No se debe usarse FDP si: 1) Yo tengo alergia a la Plata. 2) Hay heridas dolorosas o áreas con llagas en las encías o en cualquier otra parte de la boca.

Beneficios de FDP: Ayuda a detener la caries dental, rápido, no es necesario anestesiar los dientes, no duele

Posibles riesgos de FDP incluyen: La caries dental se oscurecerá permanentemente. Esto significa que FDP está trabajando. Rellenos blancos y coronas dentales de color blanco se pueden oscurecer si FDP se aplica a ellos. Después del tratamiento con FDP, todavía podría ser necesario el poner un relleno o corona. Reacciónes alérgicas. Riesgo de que el procedimiento no detenga la caries dental. No todas las caries son apropiadas para ser tratadas con FDP.

Acepto que el paciente no recibirá tratamiento dental a menos que otorgue mi consentimiento. Además acepto que no se ha realizado ninguna promesa ni garantía con respecto a los resultados del tratamiento o procedimiento. Entiendo que existen riesgos inherentes a cualquier tratamiento dental, incluidos, entre otros, hinchazón, hematomas, reacciones alérgicas, cambios en el dolor, etc. Al firmar a continuación usted acepta eximir de toda responsabilidad a TeamSmile o sus voluntarios por realizar tratamientos preventivos o dentales diagnosticados y recomendados por profesionales dentales. La misión de TeamSmile es ofrecerle un tratamiento dental y preventivo gratuito. Usted podrá revocar el presente consentimiento en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya contratado, enviando una solicitud por escrito a: info@teamsmile.org. Doy fe que entiendo la información en el presente formulario y que he tenido la oportunidad de formular las preguntas correspondientes

Nombre del padre/tutor (Completo) _____

Firma _____ Fecha _____

TeamSmile®
Dental and Sports Professionals Teaming Up To Provide Free Dental Healthcare

Historia clínica
Este formulario deberá ser completado para recibir tratamiento

A pesar de que el personal dental tratará principalmente el área en y alrededor de su boca, su boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que su paciente pueda tener, o los medicamentos que **esté tomando o haya tomado**, podrían tener una interacción importante con la odontología que recibirá su paciente. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿El paciente está recibiendo tratamiento médico actualmente? □ Sí □ No En caso afirmativo, explicar: _____
¿El paciente está tomando algún medicamento? □ Sí □ No En caso afirmativo, explicar: _____
¿Su paciente ha estado internado debido a una emergencia dental? □ Sí □ No En caso afirmativo, explicar: _____
¿Su paciente ha visitado a un dentista anteriormente? □ Sí □ No
¿Su paciente tiene actualmente un dentista? □ Sí □ No
¿Su paciente tiene algún dolor bucal actualmente? □ Sí □ No

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre la salud de su paciente? Enumerar a continuación: _____

¿Su paciente tiene antecedentes o ha tenido algún problema con las siguientes condiciones? Marcar lo que corresponda

□ SDHD/SDD
□ SIDA/VIH
□ Anemia
□ Asma
□ Autismo
□ Cáncer
□ Parálisis cerebral
□ Infección de oído crónica
□ Llagas/Herpes
□ Convulsiones
□ Diabetes Tipo I
□ Diabetes Tipo II
□ Trastornos alimenticios
□ Epilepsia/convulsiones
□ Sangrado excesivo
□ Desmayos
□ Problemas auditivos
□ Problemas cardíacos
□ Hipertensión
□ Enfermedad renal
□ Enfermedad hepática
□ Migrañas
□ Mono
□ Problemas respiratorios
□ Problemas sinusales
□ Enfermedades estomacales/Intestinales
□ Tuberculosis

¿Su paciente ha sufrido alguna otra enfermedad grave no enumerada anteriormente? □ Sí □ No En caso afirmativo, explicar:

¿Es el paciente alérgico a cualquiera de los siguientes? □ Sin Alergias
□ Aspirinas □ Penicilin □ Codeína □ Etales □ Plata □ Látex □ Anestesia local □ Otras alergias _____
_____

A mi leal saber y entender, las preguntas del presente Formulario de Historia Clínica han sido correctamente respondidas. Entiendo que ofrecer información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a TeamSmile cualquier cambio en la salud del paciente.

Firma del padre/tutor_____ Fecha:_____

Autorización para la Divulgación de Información Protegida de Salud

Al firmar este documento, está permitiendo que el personal de TeamSmile brinde o reciba los registros de atención médica de su hijo a otros proveedores de atención médica o agencias infantiles para brindar la mejor atención a su hijo. Los registros se pueden enviar a otro dentista, especialista dental u otra entidad de atención médica que el personal de TeamSmile recomiende para tratar a su hijo. La información también se puede compartir con una agencia a la que su hijo esté afiliado (como la escuela, Head Start, etc.) para fines de mantenimiento de registros.

Por la presente autorizo: TeamSmile 2000 Swift Street North Kansas City, MO 64116 Teléfono: (816)595-8326 para recibir o liberar al proveedor o agencia de atención médica apropiada, los registros de mi hijo para facilitar sus necesidades de atención médica y/o tratos.

Firma del Padre/Tutor_____ Fecha:_____

Si hay proveedores o agencias que NO desean que se divulguen o reciban los registros de su hijo, enumere aquí:
_____

Comunicado sobre marketing y fotografía

Autorizo voluntaria y conscientemente a TeamSmile a que me tome fotografías con fines publicitarios en nombre de TeamSmile. Las "fotografías" pueden incluir videos o fotografías fijas, así como impresiones, negativos, gráficos de computadora o imágenes electrónicas relacionadas.

Entiendo que puedo solicitar en cualquier momento que no se tomen, ni se utilicen fotografías mías; sin embargo, dicha solicitud no tendrá ningún efecto sobre las fotografías que ya se hayan tomado de mí y se hayan utilizado de manera permisible.

Por medio del presente le otorgo a TeamSmile el derecho absoluto y permiso a publicar o de otra manera utilizar, total o parcialmente, mi nombre, historia, información de salud y Fotografías que me hayan tomado de conformidad con el presente Comunicado, con fines de comercialización y relaciones públicas, incluidos, entre otros, sitio Web, Folletos/Volantes, Boletines de comunicación, y Redes Sociales, tales como Facebook.

Reconozco que cualquier fotografía que se tome de mí en virtud del presente comunicado será propiedad exclusiva de TeamSmile. Entiendo que no tendré derecho a recibir una copia, inspeccionar o aprobar ninguna fotografía antes de los usos autorizados anteriormente. Entiendo que el consentimiento para permitir el uso de mi nombre, historia, información de salud y fotografías no tiene ningún beneficio directo para mí. Renuncio a todos los derechos que pueda tener sobre cualquier reclamación de pago o regalías en relación con el uso y la divulgación de dicha información y fotografías. Yo, junto con mis herederos, representantes y beneficiarios, eximiré a TeamSmile de cualquier reclamo por daños o compensación resultante del uso de mi información y Fotografías de conformidad con el presente Comunicado.

Reconozco que si TeamSmile divulga mi información y/o fotografía a un medio de comunicación de conformidad con mi autorización, TeamSmile no tendrá control sobre cómo dicho medio utilizará o presentará mi información o fotografía. Por dicho motivo, por el presente eximo a TeamSmile de toda responsabilidad derivada del uso de mi información o fotografía por parte de un medio de comunicación.

Firma del Padre/Tutor_____ Fecha:_____