THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR AL PACIENTE Estructuras bucales, de la cabeza, el rostro y los dientes

El paciente, tutor legal o custodio abajo firmante acuerda que el Centro Dental de Western University of Health Sciences (el Centro) pueda fotografiarme, o al paciente, con el propósito de documentar las estructuras bucales, de la cabeza, el rostro y los dientes. Mi firma a continuación indica que comprendo que:

- Las fotografías pueden tomarse para documentar mi cuidado y tratamiento actuales, y/o para documentar el progreso de dicho tratamiento.
- Las mismas disposiciones legales de derechos de privacidad a la confidencialidad del paciente aplican a cualquier fotografía tomada por el Centro.
- El Centro retendrá los derechos de propiedad de estas fotografías, pero se me permitirá acceso para verlas o para obtener fotocopias.
- Estas imágenes se almacenarán de forma segura que protegerá mi privacidad y que se mantendrán durante el periodo de tiempo requerido por ley.
- Las imágenes pueden utilizarse sin identificadores personales para fines didácticos, presentaciones académicas o científicas, carteras profesionales y propósitos no relacionados con la publicidad u otros intereses comerciales, como ejemplos de atención dental del odontólogo estudiante para entrevistas de trabajo.
- Las partes de mi cuerpo que se pueden fotografiar son el exterior y el interior de la boca, y la mandíbula.

_____ Fecha/hora

_____ Firma del paciente/representante legal/custodio

_____ Nombre del paciente en letra imprenta

_____ Relación si lo firma alguien que no sea el paciente

_____ Fecha/hora

_____ Firma del fotógrafo

_____ Nombre del fotógrafo en letra imprenta

Número de fotografías que se tomarán: _____

_____ Fecha/hora

_____ Firma del testigo

_____ Nombre del testigo en letra imprenta

Nombre del paciente: _____ No. de registro médico: _____

Escaneado por: _____ Fecha/hora: _____

Nota: Una fotocopia o imagen electrónica de este documento será tan válida como la original

THE COLLEGE OF Dental Medicine
The discipline of learning. The art of caring.

Notificación de Prácticas de Privacidad
Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.
POR FAVOR LEA ESTA NOTIFICACIÓN CUIDADOSAMENTE.

¿QUIÉN DEBE ACATAR O ATENERSE A ESTA NOTIFICACIÓN? Todos los empleados del Medical Center, Western Diabetes Institute, Eye Care Institute at WesternU, The Dental Center at WesternU, We Care Dental at WesternU, School Based Dental Clinics, Western University Foot & Ankle Center, Western University Pharmacy and Western University Travel Health Center proveedores/instructores de cuidados de salud y algunos estudiantes que proporcionan cuidado, así como el personal de cuidados autorizado a ingresar información a su registro médico o de salud.

- Ciertos empleados del Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine (CDM) responsables de pagos y de apoyo operacional.
- Todos los proveedores que contratan con las personas antes mencionadas para proporcionar servicios de cuidados de salud.

Todas las personas antes mencionadas se apegarán a los términos de esta Notificación. Además, todas las personas anteriores podrían compartir información entre ellas para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de cuidados de salud, según se describe en esta Notificación.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA El CDM documenta en registros escritos y electrónicos el cuidado y servicios que usted recibe. En esta Notificación nos referiremos a dichos registros como "información médica." Necesitamos esta información para proporcionarle cuidados de salud y servicios de calidad; evaluar beneficios e indemnizaciones; administrar cobertura de cuidados de salud; medir el rendimiento; y para cumplir con los requisitos legales y normativos. Comprendemos que la información médica sobre usted y su salud es confidencial. Estamos comprometidos a proteger su información médica y a cumplir con todas las leyes estatales y federales relacionadas a la protección de su información médica. Esta Notificación le explica las formas en las cuales podríamos utilizar y divulgar información médica sobre usted. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica. Estamos obligados por ley a:

- asegurarnos que la información médica que lo identifica se mantenga en privado (con ciertas excepciones);
- proporcionarle esta Notificación que describe nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a información médica sobre usted;
- apegarnos a los términos de la Notificación actualmente vigente.

CÓMO PODRÍAMOS UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Algunas veces la ley nos permite utilizar y divulgar su información médica sin su permiso. Describimos brevemente estos usos y divulgaciones y le proporcionamos algunos ejemplos. Alguna información médica, como cierta información del paciente sobre salud mental y abuso de drogas y alcohol, así como de pruebas de VIH y genéticas, tienen requisitos más estrictos con respecto a su uso y divulgación, y se obtendrá su permiso antes de algunos usos y divulgaciones. Sin embargo, aun así hay circunstancias en las cuales estos tipos de información pueden utilizarse y divulgarse sin su permiso. La cantidad de información médica utilizada y divulgada sin su permiso variará dependiendo del propósito deseado del uso o divulgación. Cuando le enviemos un recordatorio de cita, por ejemplo, se utilizará o divulgará una

cantidad muy limitada de información médica. En otras ocasiones, podemos necesitar utilizar o divulgar más información médica, como cuando estamos proporcionando tratamiento médico.

PARA TRATAMIENTO Podemos utilizar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento o servicios. Podemos divulgar información sobre usted a proveedores de cuidados de salud, enfermeras, terapistas, técnicos, internistas, estudiantes médicos, residentes u otro personal de cuidados de salud involucrado en su cuidado, incluyendo aquellos que le ofrecen asesoría médica, o interpretes necesarios para que usted pueda tener acceso al tratamiento. Por ejemplo, un proveedor de cuidados de salud puede utilizar la información en su registro médico para determinar el tipo de medicamentos, terapia o procedimientos adecuados para usted. El plan de tratamiento seleccionado por su proveedor de cuidados de salud se documentará en su registro para que así otros profesionales de cuidados de salud puedan coordinar las diferentes acciones que usted necesita, tales como recetas, pruebas de laboratorio, remisiones, etc. También podemos divulgar información médica sobre usted a personas fuera de nuestras instalaciones que pueden estar involucradas en su cuidado médico continuo, tales como instituciones de enfermería especializada, otros proveedores de cuidados de salud, administradores de casos, empresas de transporte, agencias comunitarias, familiares y farmacias contratadas/afiliadas.

PARA OBTENER EL PAGO POR SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD Podemos utilizar y divulgar su información médica para que el tratamiento y servicios que recibe puedan facturarse y el pago pueda recolectare de usted, de una compañía de seguros o de otro pagador. Por ejemplo, puede ser necesario divulgar a su plan de salud información sobre un tratamiento que recibió para que así su plan de salud realice el pago. También podríamos divulgar a su plan de salud información sobre un tratamiento propuesto para determinar si su plan cubrirá o no el tratamiento o medicamento. También podemos compartir su información, cuando sea adecuado, con otros programas gubernamentales, tales como Medicare o Medi-Cal, para coordinar sus beneficios y pagos. Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para determinar la elegibilidad para beneficios del plan, obtener primas, facilitar el pago por el tratamiento y servicios que recibe de proveedores de cuidados de salud, determinar la responsabilidad del plan sobre los beneficios, y para coordinar los beneficios. También podemos proporcionar su información médica a nuestros socios empresariales que nos asisten con la facturación, tales como empresas de facturación, empresas de procesamiento de indemnizaciones y otras que procesan nuestras indemnizaciones de cuidados de salud. Sólo divulgaremos la cantidad mínima de información necesaria para obtener el pago.

PARA OPERACIONES DE CUIDADOS DE SALUD Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para ciertas operaciones de cuidados de salud. Por ejemplo, podemos utilizar su información médica para evaluar la calidad del tratamiento y servicios que proporcionamos, para educar a nuestros profesionales de cuidados de salud, y para evaluar el rendimiento de nuestro personal al proporcionarle cuidados. También podemos combinar información médica sobre muchos pacientes para decidir cuáles servicios adicionales debemos ofrecer, o si ciertos nuevos tratamiento son efectivos o no. Su información médica también puede utilizarse o divulgarse para propósitos de licencias o acreditaciones. Podemos utilizar y divulgar su información de salud para realizar las actividades necesarias relacionadas con seguros médicos. Entre los ejemplos se incluyen, seguros, clasificación de primas, realizar o programar evaluaciones médicas, servicios legales y de auditorías, detección de fraudes y abusos, planificación de negocios, gestión y administración general.

PARA RECORDATORIOS Podemos contactarlo para recordarle que tiene una cita, o que debe realizar una cita en el CDM.

PARA BENEFICIOS Y SERVICIOS DE SALUD RELACIONADOS Podemos contactarlo con respecto a beneficios o servicios que proporcionamos. No venderemos ni divulgaremos su información a una agencia externa con el propósito de ofrecerle los productos de dicha agencia.

PARA ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO Podemos informarle sobre, o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle.

PARA RECAUDAR FONDOS Podemos contactarlo para proporcionar información sobre recaudación de fondos para el Centro y sus operaciones a través de una fundación relacionada a éste. Sólo utilizaremos información demográfica, como su nombre, dirección, número telefónico y las fechas en las que recibió tratamiento o servicios en el College of Dental Medicine de Western University of Health Sciences. Si no desea que el Centro lo contacte con respecto a campañas de recaudación de fondos, escriba a: Western University of Health Sciences, University Advancement, 359 E. Second St., Pomona, CA 91766.

A FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS CUANDO ESTÁ PRESENTE Algunas veces, un familiar u otra persona involucrada en su cuidado estará presente mientras hablamos sobre su información médica. Si se opone, por favor díganoslo y no hablaremos sobre su información médica, o pediremos a la persona que se vaya.

A FAMILIARES Y OTRAS PERSONAS CUANDO NO ESTÁ PRESENTE Puede haber ocasiones cuando es necesario divulgar su capacidad de tomar decisiones para acceder o negarse a cuidados. En dichas ocasiones, utilizaremos nuestro juicio profesional para determinar si el divulgar su información médica es en su mejor beneficio. Si es así, limitaremos la divulgación a la información médica directamente relevante a la participación de dicha persona en su cuidado de salud. Por ejemplo, podemos permitir que una persona recoja una receta por usted.

PARA INVESTIGACIÓN La investigación de todo tipo puede incluir el uso o divulgación de su información médica. Su información médica generalmente puede utilizarse o divulgarse sin su permiso para investigaciones si un Comité Institucional de Revisión (IRB) aprueba dicho uso o divulgación. Un IRB es un comité responsable, bajo leyes federales, de revisar y aprobar investigaciones en humanos para proteger la seguridad y bienestar de los participantes, así como la confidencialidad de la información médica. Su información médica puede ser importante para el avance de investigaciones y el desarrollo de nuevos conocimientos. Por ejemplo, un estudio de investigación puede involucrar una evaluación de tablas para comparar los resultados de pacientes que recibieron diferentes tipos de tratamiento. Podemos divulgar información médica sobre usted a investigadores que se preparan para realizar un proyecto de investigación. En algunas ocasiones, los investigadores contactan a los pacientes con respecto a su interés en participar en ciertos estudios de investigación. La inscripción en dichos estudios sólo puede ocurrir después que se le ha informado sobre el estudio, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas, y de indicar su deseo de participar al firmar un formulario de consentimiento.

SEGÚN LO REQUIERA LA LEY Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

PARA EVITAR UNA SERIA AMENAZA A LA SALUD O SEGURIDAD Podemos utilizar y divulgar su información médica si existe una amenaza seria e inminente a su salud o seguridad o, a la de alguien más. Cualquier divulgación se realizaría a alguien capaz de detener o reducir la amenaza.

COMO AYUDA EN CATÁSTROFES Podemos divulgar su nombre, ciudad donde vive, edad, sexo y condición general a una organización, pública o privada, de asistencia en catástrofes para ayudar en los esfuerzos de ayuda y para notificar a su familia sobre su ubicación y condición, a menos que usted se niegue en ese momento.

PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS Si es un donante de órganos o tejidos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, córneas o tejidos, o a un banco de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.

PARA ACTIVIDAD MILITAR Y SEGURIDAD NACIONAL Algunas veces, podemos utilizar o divulgar la información médica de personal de las fuerzas armadas a las autoridades militares correspondientes cuando estas creen que es necesario para realizar
adecuadamente misiones militares. También podemos divulgar su información médica a oficiales federales autorizados, según sea necesario para actividades de seguridad nacional e inteligencia, o para la protección del presidente y otros oficiales y dignatarios gubernamentales.
PARA COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR Podemos divulgar información médica sobre usted a programas de compensación al trabajador, o similares, según lo requiera la ley. Por ejemplo, podemos comunicar su información médica con respecto a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo a administradores de compensaciones, aseguradoras y otras personas responsables de evaluar su petición de beneficios de compensación al trabajador.

PARA DIVULGACIONES DE SALUD PÚBLICA Podemos utilizar o divulgar información médica sobre usted para propósitos de salud pública. Estos propósitos generalmente incluyen:

- para prevenir o controlar enfermedades (tales como cáncer o tuberculosis), lesiones o discapacidades;
- para reportar nacimientos y muertes;
- para reportar un posible abuso o descuido infantil, o para identificar a posibles víctimas de abuso, descuido o violencia doméstica;
- para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos médicos;
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad, o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y
- para cumplir con las leyes federales y estatales que rigen la seguridad de sitios de trabajo.

PARA ACTIVIDADES DE INSPECCIÓN DE SALUD Como proveedores de cuidados de salud, estamos sujetos a inspecciones de agencias de certificación, de licencias, federales y estatales. Estas agencias pueden realizar auditorías de nuestras operaciones y actividades, y en este proceso, pueden evaluar su información médica.

PARA DEMANDAS Y OTRAS ACCIONES LEGALES En relación con demandas, u otros procedimientos legales, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas, orden legal, emplazamiento u otro proceso legal. Podemos divulgar su información médica a cortes, abogados y empleados de la corte durante el transcurso de la custodia y ciertos otros procedimientos judiciales o administrativos. También podemos utilizar y divulgar su información médica, hasta donde lo permita la ley, sin su permiso para defender una demanda.

PARA LAS AUTORIDADES ENCARGADAS DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY Podemos divulgar información médica si así nos lo solicita una autoridad competente, y según lo autorice o requiera la ley:

- para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre una posible víctima de un crimen si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la persona;
- sobre una muerte posiblemente resultante de conducta criminal;
- sobre actividad criminal en una de nuestras instalaciones; y
- en caso de una emergencia médica, para reportar un crimen; la ubicación del crimen o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el crimen.

A FORENSES Y DIRECTORES DE FUNERARIAS Podemos divulgar información médica a un forense o médico legista para identificar a una persona fallecida, o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes a directores de funerarias, según sea necesario, para que realicen sus funciones.

RECLUSOS Si usted es un recluso de una institución correccional, o está bajo la custodia de un oficial del orden, podemos divulgar información médica sobre usted a la institución correccional para ciertos propósitos, por ejemplo, para proteger su salud o seguridad o la de otras personas. Nota: Bajo la ley federal que nos requiere proporcionarle esta Notificación, los reclusos no tienen los mismos derechos de otras personas para controlar su información médica.

TODOS LOS OTROS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA REQUIEREN SU PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por esta Notificación o por las leyes que nos corresponden, sólo se realizarán con su autorización por escrito. Si nos autoriza utilizar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Por favor tome en cuenta que la revocación no se aplicará a cualquier uso o divulgación autorizados de su información médica que se realizó antes que recibiéramos su revocación. También, si autorizó asegurar una póliza de seguro, incluyendo una cobertura de cuidados de salud de nuestra parte, podría no permitírsele que la revoque hasta que el asegurador ya no pueda impugnar la póliza emitida a usted o una indemnización bajo la póliza.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA Su información médica es propiedad del CDM. Sin embargo, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica, tales como sus registros médicos y de facturación. Esta sección describe cómo usted puede ejercer estos derechos.

DERECHO A INSPECCIONAR Y RECIBIR COPIAS Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de ver y recibir copias de su información médica que se utilizó para tomar decisiones sobre su cuidado, o decisiones sobre los beneficios de su plan de salud. Si le gustaría ver o recibir una copia de dichos registros, por favor escríbanos a la dirección donde recibió el cuidado. Si desconoce dónde se encuentra la información de un familiar u otra persona involucrada en su cuidado, por favor escríbanos a College of Dental Medicine, Western University of Health Sciences, ATTN: Director de Servicios de Atención al Paciente , 795 E. Second St., Suite 8, Pomona, CA 91766-2007. Podríamos cobrarle una cuota por los costos de copiar, enviar u otros suministros relacionados a su solicitud. Si el registro que solicitó no está en nuestro poder, pero sabemos quién lo tiene, le notificaremos a quién debe contactar para solicitarlo. En ciertas circunstancias muy limitadas, podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar sus registros. Si se le niega el acceso a la información médica, en la mayoría de los casos, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional certificado de cuidados de salud, seleccionado por el CDM, revisará su solicitud y la denegación. La persona que realice la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

DERECHO A CORREGIR O ACTUALIZAR SU INFORMACIÓN Si piensa que la información está incorrecta o incompleta, puede solicitarnos la corrección, o que agreguemos información (enmienda) a su registro. Por favor escríbanos y díganos lo que está solicitando y por qué deberíamos realizar la corrección o adición. Envíe su solicitud a Western University of Health Sciences College of Dental Medicine, ATTN: Director de Servicios de Atención al Paciente795 E. Second St., Suite 8, Pomona, CA 91766-2007. También podemos rechazar su solicitud si no está por escrito o no incluye una razón que respalde la petición. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no fue creada por nosotros;
- no es parte de la información médica mantenida por o para nosotros;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- está correcta y completa en el registro.

Le notificaremos nuestra decisión dentro de los siguientes 60 días de su solicitud. Si estamos de acuerdo con usted, realizaremos la corrección o adición a su registro. Si rechazamos su solicitud, tiene el derecho de entregar un apéndice, u hoja escrita por usted, sin exceder las 250 palabras, con respecto a cualquier artículo o declaración que piensa está incompleta o incorrecta en su registro. Si usted claramente indica por escrito que desea que el apéndice sea parte de su registro médico, lo anexaremos a sus registros y lo incluiremos en cualquier momento que realicemos una divulgación del artículo o declaración que piensa está incompleta o incorrecta.

DERECHO A UN LISTADO DE DIVULGACIONES Usted tiene el derecho de recibir un listado de las divulgaciones de su información médica que hemos realizado. Una contabilización o listado no incluye ciertas divulgaciones, por ejemplo, divulgaciones para realizar tratamiento, pagos, y operaciones de cuidados de salud; divulgaciones que ocurrieron antes del 1 de enero de 2010; divulgaciones que usted nos autorizó por escrito; divulgaciones de su información médica realizadas a usted; divulgaciones a personas actuando de su parte. Para solicitar este listado o contabilización de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito a Western University of Health Sciences College of Dental Medicine ATTN: Director de Servicios de Atención al Paciente, 795 E. Second St., Suite 8, Pomona, CA 91766-2007. Su solicitud debe indicar el periodo de tiempo cubierto, el cual no debe exceder seis años y no puede incluir fechas antes del **14 de abril de 2003**. Tiene derecho a recibir sin ningún costo un listado de divulgaciones durante cualquier periodo de 12 meses. Si solicita cualquier listado adicional menos de 12 meses después, podemos cobrar una cuota.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES EN LOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN MÉDICA Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en la información médica que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pagos u operaciones de cuidados de salud. Sin embargo, por ley, no se nos exige estar de acuerdo con su solicitud. Debido a que creemos firmemente que esta información es necesaria para manejar adecuadamente el cuidado de nuestros pacientes, rara vez otorgamos dicha solicitud. Si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito a Western University of Health Sciences College of Dental Medicine, Attn: Director de Servicios de Atención al Paciente795 E. Second St., Suite 8, Pomona, CA 91766-2007. Debe indicarnos en su solicitud (1) cuál información desea restringir; (2) si desea restringir el uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea aplicar las restricciones, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

DERECHO A SELECCIONAR CÓMO LE ENVIAMOS INFORMACIÓN MÉDICA Tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted, con respecto a asuntos médicos, de una cierta forma o en una cierta ubicación. Por ejemplo, puede solicitar que sólo lo llamemos al trabajo o que utilicemos un P.O. Box al enviarle correspondencia. Para solicitar que nos comuniquemos confidencialmente, debe hacerlo por escrito, especifique cómo o dónde desea que lo contactemos, y envíe la solicitud a Western University of Health Sciences College of Dental Medicine, Attn: Director de Servicios de Atención al Paciente, 795 E. Second St., Suite 8, Pomona, CA 91766-2007. Cuando razonable y legalmente podamos cumplir con su solicitud, lo haremos.

DERECHO A RECIBIR UNA COPIA IMPRESA DE ESTA NOTIFICACIÓN Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de esta Notificación cuando así lo solicite. Puede hacerlo de tres formas: solicitar una copia en el área de registro del Centro; escribir a Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Administration, Pomona, CA 91766-2007; o llamar al
(909) 706-3900. También puede obtener una copia de esta Notificación de Prácticas de Privacidad en nuestra página web: http://www.WesternUPCC.com.

CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN Podemos realizar cambios a esta Notificación y a nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre y cuando el cambio cumpla con las leyes estatales y federales. Cualquier Notificación enmendada aplicará tanto a la información médica que ya tenemos de usted al momento del cambio, y a cualquier información médica creada o recibida después que el cambio tome efecto. Publicaremos una copia de nuestra Notificación vigente en el Centro y en nuestra página web en: http://www.WesternUPCC.com. La fecha efectiva de esta Notificación se encontrará en la primera página, en la esquina superior derecha.

PREGUNTAS Si tiene alguna pregunta sobre esta Notificación, por favor contacte al Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Administration, Pomona, CA 91766-2007. La Oficina de Derechos Civiles ha establecido una "línea de privacidad" gratuita para permitir que las personas realicen preguntas relacionadas a las leyes de privacidad. Puede llamar a la línea de privacidad al 1-866-627-7748, o puede llamar al 1-415-437-8310

QUEJAS Si piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede interponer una queja con cualquiera de los siguientes:

- Puede escribir al Western University of Health Sciences Patient Care Center, 795 E. Second St., Administration, Pomona, CA 91766-2007, o llamar al (909) 469-8616.
  Puede presentar una queja por escrito ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Las instrucciones sobre cómo interponer una queja pueden consultarse en la página web de la Oficina de Derechos Civiles en: http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- Pude llamar a la Oficina Federal de Derechos Civiles en San Francisco al (415) 437-8310 o llamar al (800) 368-1019.

No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja sobre nuestras prácticas de privacidad.

Esta Declaración de Derechos del Paciente 45 CFR § 164.520(a)(1) y 42 C.F.R. Sección 482.13 (Condiciones de Participación de Medicare)

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO LIMITADO

Información general: En este documento, a Western University, College of Dental Medicine clinical sites se le llamará "CDM clinical sites". He elegido solicitar tratamiento dental de emergencia de CDM clinical sites. El tratamiento dental de emergencia es tratamiento generalmente temporal con el propósito de brindar alivio de dolor severo y/o de infección de un diente o área a personas con una necesidad aguda. Comprendo que la atención de emergencia que recibiré hoy la proporciona un equipo de estudiantes de odontología, profesores de odontología certificados y personal altamente capacitado. También reconozco que se me ha ofrecido a mí y/o a mis dependientes una copia de la "*Hoja de información de materiales dentales"*. Comprendo que puedo hacer preguntas respecto a los materiales que podrían emplearse en procedimientos dentales, como las amalgamas, la resina compuesta, la porcelana sellada a metal y aleaciones de oro y su aceptabilidad de acuerdo a las pautas de la American Dental Association. Además, reconozco que también he recibido una copia de la *"Declaración de Derechos del Paciente" y de la "Notificación de Privacidad".*

Tratamiento: Se me ha informado que el procedimiento al que me someteré el día de hoy es para el alivio de dolor, y podría necesitar el procedimiento adicional de terapia endodóntica. Comprendo que la terapia endodóntica para mi diente no se completará en este momento. Comprendo que hay un riesgo de sufrir una infección mayor, la fractura del diente en cuestión, fuertes dolores o la pérdida de este diente si la terapia endodóntica se pospone indefinidamente o no se finaliza.

Atención de emergencia después del horario normal de atención: CDM clinical sites está abierto de lunes a viernes de 9:00 am a 4:30 pm. Si se presenta una emergencia o una complicación post-cirugía después de dicho horario, o en un fin de semana o día feriado, debo llamar a la clínica principal al (909) 706-3910, y mi llamada se transferirá al servicio de respuesta donde se me ayudará a comunicarme con mi estudiante de odontología. Si tengo una hemorragia que no se detiene, o inflamación que disminuye mi respiración de alguna forma, o cualquier otra emergencia que pone en riesgo la vida, iré directamente a mi sala local de emergencias para recibir tratamiento.

Registros dentales: Comprendo que el registro dental, las radiografías, fotografías, los modelos y cualquier otro medio de diagnóstico relacionado a mi tratamiento, son propiedad de CDM clinical sites. Reconozco que tengo el derecho de inspeccionar estos registros y/o recibir una copia, o solicitar que se envíen a otro proveedor de atención médica. Para obtener una copia de mi registro, necesitaré llenar y firmar un formulario para *Divulgación de Información*. CDM clinical sites puede cobrar una cuota administrativa razonable por este servicio. CDM clinical sites está autorizado a divulgar información de mis registros dentales a mi compañía de seguros para obtener el reembolso por tratamientos que se me proporcionaron.

Quejas: Si tengo dudas que mi estudiante de odontología o profesor de odontología no pueden resolver, comprendo que puedo comunicarme con el Dental Center llamando al (909) 706-3910 para hablar con el Director de Servicios de Atención a Pacientes.

Seguridad: Comprendo que para propósitos de seguridad, hay cámaras presentes a lo largo y ancho del Dental Center.

Consentimiento: Autorizo la examinación, las radiografías, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento para resolver **SOLAMENTE** esta emergencia dental. Reconozco que podría necesitar otros procedimientos, tratamiento adicional, y que se necesita un examen completo y radiografías para la evaluación y diagnóstico integrales de mis necesidades dentales. También acepto que todos los registros son propiedad de CDM clinical sites y que pueden usarse para propósitos educativos o en publicaciones científicas y que no tengo derecho a ninguna compensación económica.

Liberación: Comprendo que mi atención de salud dental no está bajo ninguna garantía, explícita o implícita. Además, acuerdo liberar, eximir de responsabilidad y renunciar a todos los reclamos, pérdidas y daños resultantes de o relacionados al tratamiento proporcionado por el estudiante de odontología, los profesores o el CDM clinical sites.

Mi firma a continuación indica que he leído y comprendo la información anterior y que acuerdo cumplir con los puntos anteriores, que soy el paciente, el padre o tutor del paciente con la autoridad para autorizar el tratamiento, o que estoy debidamente autorizado por el paciente como el agente general de éste para ejecutar los puntos anteriores y aceptar sus términos.

Nombre del paciente _____ **Fecha**_____

Firma del paciente/padre o tutor _____

Nombre del padre/tutor, si corresponde _____

Firma del testigo (profesor o estudiante) _____

Una copia electrónica firmada de este formulario es tan válida como la original

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

CONSENTIMIENTO GENERAL INFORMADO

Información general: En este documento, a Western University, College of Dental Medicine clinical sites (CDM clinical sites) se le llamará "CDM clinical sites". He elegido solicitar atención dental completa de CDM clinical sites. *Comprendo que es posible que el CDM clinical sites no pueda cumplir con las necesidades de mi tratamiento y* ***podría rechazarse*** *mi solicitud de tratamiento en CDM clinical sites*. Si rechazan mi solicitud de tratamiento, se me proporcionará una lista de clínicas dentales de bajo costo en el área. También comprendo que la atención dental la proporciona un equipo de estudiantes de odontología, profesores de odontología certificados y personal altamente capacitado. También reconozco que se me ha ofrecido a mí y/o a mis dependientes una copia de la "*Hoja de información de materiales dentales"*. Comprendo que puedo hacer preguntas respecto a los materiales que podrían emplearse en procedimientos dentales, como las amalgamas, la resina compuesta, la porcelana sellada a metal y aleaciones de oro y su aceptabilidad de acuerdo a las pautas de la American Dental Association. Además, reconozco que también he recibido una copia de la *"Declaración de Derechos del Paciente" y de la "Notificación de Privacidad".*

Plan de tratamiento: Comprendo que el *plan de tratamiento* que acepté es un **PRESUPUESTO** del costo total del tratamiento dental recomendado, y que este *plan de tratamiento* podría cambiar y/o el costo de atención podría aumentar durante mi tratamiento debido a un aumento en las cuotas, materiales o mano de obra. Además, reconozco que es posible que a medida que el tratamiento avance, mi plan de tratamiento podría cambiar y el costo de mi tratamiento también podría cambiar de acuerdo al nuevo plan de tratamiento. También comprendo que se me recomienda hacer preguntas a mi estudiante de odontología respecto a los procedimientos recomendados para el plan de tratamiento, y que debo hacer estas preguntas antes de autorizar el procedimiento. Todos los procedimientos dentales implican riesgos o resultados insatisfactorios o complicaciones, y no se hacen garantías sobre ningún resultado del tratamiento. Como paciente, padre o tutor, tengo el derecho de autorizar o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento antes de su ejecución. CDM clinical sites también se reserva el derecho de no realizar un tratamiento específico solicitado por un paciente. También comprendo que debo realizar el pago al momento del tratamiento y que soy responsable de los costos totales de éste. Comprendo que mi seguro es un contrato entre mí, el titular de la póliza, y la compañía de seguros; por lo tanto, soy responsable de toda la atención no cubierta por mi seguro.

Atención de emergencia después del horario normal de atención: CDM clinical sites está abierto de lunes a viernes de 9:00 am a 4:30 pm. ***Si se presenta una emergencia o una complicación post-cirugía después de dicho horario, o en un fin de semana o día feriado, debo llamar a la clínica principal al (909) 706-3910, y mi llamada se transferirá al servicio de respuesta donde se me ayudará a comunicarme con mi estudiante de odontología.*** Si tengo una hemorragia que no se detiene, o inflamación que disminuye mi respiración de alguna forma, o cualquier emergencia que pone en riesgo la vida, iré directamente a mi sala local de emergencias para recibir tratamiento.

Salud: Informaré a mi estudiante de odontología si hay algún cambio en mi estado de salud, cambios en mis medicamentos o una hospitalización reciente. Informaré a mis estudiantes de odontología si estoy tomando un tipo de medicamento llamado biofosfonato (p. ej. Fosamax®, Actonel®, Boniva®, Skelid®, Didronel®, Aredia®, Zometa®, y Bonefos®) ya que podría estar en riesgo de desarrollar osteonecrosis (muerte del hueso) en la mandíbula, y ciertos tratamientos dentales pueden aumentar dicho riesgo.

Cumplimiento con las citas: Comprendo que es mi responsabilidad cumplir con las citas y notificar con al menos 48 horas de anticipación si tengo que cancelar una cita. También comprendo que si continúo faltando o cancelando citas sin una previa notificación de 48 horas, quizás no pueda continuar con el tratamiento en CDM clinical sites.

Terminación del tratamiento: CDM clinical sites se reserva el derecho de descontinuar mi tratamiento. En caso que esto suceda, se me devolverá cualquier saldo a favor por servicios que no se me proporcionaron.

Registros dentales: Comprendo que el registro dental, las radiografías, fotografías, los modelos y cualquier otro medio de diagnóstico relacionado a mi tratamiento, son propiedad de CDM clinical sites. Reconozco que tengo el derecho de inspeccionar estos registros y/o recibir una copia, o solicitar que se envíen a otro proveedor de atención médica. Para obtener una copia de mi registro, necesitaré llenar y firmar un formulario para *Divulgación de Información*. CDM clinical sites puede cobrar una cuota administrativa razonable por este servicio. CDM clinical sites está autorizado a divulgar información de mis registros dentales a mi compañía de seguros para obtener el reembolso por tratamientos que se me proporcionaron.

Quejas: Si tengo dudas que mi estudiante de odontología o profesor de odontología no pueden resolver, comprendo que puedo comunicarme con el Dental Center al (909) 706-3910 para hablar con el Coordinador de Atención al Paciente que se me asignó.

Seguridad: Comprendo que para propósitos de seguridad, hay cámaras presentes a lo largo y ancho del Dental Center.

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

Consentimiento: Autorizo la examinación, las radiografías, los moldes, las fotografías y las pruebas de diagnóstico para el desarrollo de mi *plan de tratamiento* propuesto, y también autorizo cualquier procedimiento de tratamiento diagnosticado y recomendado para el plan de tratamiento. Acepto que todos los registros son propiedad de CDM clinical sites y que pueden usarse para propósitos educativos o en publicaciones científicas y que no tengo derecho a ninguna compensación económica. **Liberación:** Comprendo que mi atención de salud dental no está bajo ninguna garantía, explícita o implícita. Además, acuerdo liberar, eximir de responsabilidad y renunciar a todos los reclamos, pérdidas y daños resultantes de o relacionados al tratamiento proporcionado por el estudiante de odontología, el profesor de odontología o el CDM clinical sites.

Mi firma a continuación indica que he leído y comprendo la información anterior y que acuerdo cumplir con los puntos anteriores, que soy el paciente, el padre o tutor del paciente con la autoridad para autorizar el tratamiento, o que estoy debidamente autorizado por el paciente como el agente general de éste para ejecutar los puntos anteriores y aceptar sus términos.

Nombre del paciente _____ **Fecha**_____

Firma del paciente/padre o tutor _____

Nombre del padre/tutor, si corresponde _____

Firma del testigo (profesor o estudiante) _____

Una copia electrónica firmada de este formulario es tan válida como la original

Materiales Dentales--Ventajas y Desventajas

PORCELANA FUNDIDA A METAL

Este tipo de porcelana es un material como el vidrio que se "esmalta" encima de cascos de metal. Es el mismo color de diente y se usa para coronas y puentes fijos.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Muy durable, debido a la estructura del metal
- El material no ocasiona sensibilidad de dientes
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- Más diente requiere ser extraído (que por la porcelana) para la estructura de metal
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

ALEACIÓN DE ORO

Aleación de oro es una mezcla de oro, cobre, y otros metales. Es color oro y se usa principalmente para coronas y puentes fijos y algunas armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- No se desgasta o se pudre en la boca
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- No se gasta pronto; no gasta los dientes opuestos
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es color amarillo
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

2005 Evergreen Street, Suite 1550, Sacramento, CA 95815

www.dbc.ca.gov

Datos Sobre Los Empastes

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

2005 Evergreen Street, Suite 1550, Sacramento, CA 95815

www.dbc.ca.gov

Hoja Information sobre Materiales Dentales

¿Y qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)?

La salud del paciente y la seguridad de los procedimientos dentales son las metas principales de la profesión dental de California y del la Junta Dental de California (Dental Board of California). El propósito de esta hoja informativa es proporcionarle a Ud. información en cuanto a los riesgos y beneficios de todos los materiales utilizados en la restauración (el empastar o rellenar) de los dientes.

A la Junta Dental de California se le exige por ley* poner a la disposición de todo dentista legalmente aprobado en el estado de California esta hoja informativa sobre materiales dentales. Su dentista, a su vez, debe proveer la hoja informativa a cada paciente nuevo y a los pacientes actuales sólo una vez antes de empezar cualquier procedimiento restaurativo de dientes.

Como padre/tutor del paciente, se le sugiere altamente hablar con su dentista sobre los datos presentados concernientes a los materiales siendo considerados para su propia condición dental.

*Business and Professions Code 1648.10-1648.20

Reacciones Alérgicas Contra Materiales Dentales

Algunos componentes de los empastes pueden tener efectos secundarios o causar reacciones alérgicas, al igual que otros materiales con que nos encontramos diariamente. Los riesgos de tales reacciones son muy bajos para todo tipo de material de empaste. Estas reacciones pueden ser causadas por componentes específicos de los empastes tal como mercurio, níquel, cromo, y/o aleaciones de berilo. Por lo general, una alergia aparece en forma de piel irritada y se puede corregir fácilmente cuando el individuo no está en contacto con el material.

No existen casos documentados de reacciones alérgicas contra resina compuesta, vidrio ionomérico, resina ionomérica, o porcelana. Sin embargo, se han reportado reacciones contra amalgama dental, porcelana fundida a metal, aleaciones de oro, y aleaciones de cromo con níquel o cobalto pero estos casos no son típicos.

Si Ud. padece de alergias, hable con su dentista sobre estos problemas potenciales antes de que se escoja un material para empastar.

PORCELANA (CERÁMICA)

Porcelana es un material semejante al vidrio que se forma en empastes o coronas, usando modelos de los dientes preparados. El material es el mismo color de los dientes y se usa en incrustaciones, recubrimientos, coronas, y puentes fijos.

Ventajas

- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída para los recubrimientos; más cantidad para las coronas porque su fuerza está relacionada con su tamaño
- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- No se gasta la superficie pero puede causar que se gasten los dientes opuestos
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta
- El material no ocasiona sensibilidad de dientes

Desventajas

- El material es frágil y se puede quebrar bajo la fuerza de morder
- Tal vez no sea recomendado para las muelas
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

ALEACIONES DE NÍQUEL O COBALTO Y CROMO

Aleaciones de níquel o cobalto y cromo son mezclas de níquel y cromo. Son de color plateado oscuro y se utilizan para coronas y puentes fijos y la mayoría de las armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- No se desgasta o se pudre en la boca
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es un color de metal plateado oscuro
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Puede ser abrasivo a dientes opuestos
- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio
- Un poco más de desgaste a los dientes opuestos Este tipo de porcelana es un material como el vidrio que se “esmalta” encima de cascos de metal. Es el mismo color de diente y se usa para coronas y puentes fijos.

Materiales Dentales--Ventajas y Desventajas

CEMENTO DE VIDRIO IONOMÉRICO

Cemento de vidrio ionomérico es una mezcla de vidrio y ácido orgánico que se endurece por sí sola. Es el mismo color de los dientes y varía en su estado de translucidez. Vidrio ionomérico usualmente se usa para empastes pequeños pegando con cemento metal y coronas de porcelana/metal, revestimientos, y restauraciones temporales

Ventajas

- Buena apariencia
- Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta mas que amalgama
- Uso limitado porque no es recomendado usarse en superficies de dientes permanentes en donde se muerde
- Con el tiempo, este material podría hacerse áspero (roñoso) y puede aumentar la acumulación de placa dental y de la enfermedad periodontal
- Se gasta relativamente pronto; suele rajarse con el tiempo y se puede dislocar

CEMENTO DE RESINA IONOMÉRICA

Cemento de resina ionomérica es una mezcla de polímero de vidrio y resina y de ácido orgánico que endurece al estar expuesta a una luz azul usada en la oficina dental. Es el mismo color de los dientes pero más translúcido que el cemento de vidrio ionomérico. Más se usa para pequeños empastes, pegando con cemento metal y coronas y revestimientos de porcelana/metal.

Ventajas

- Muy buena apariencia
- Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- Bueno para superficies en donde no se muerde
- Se puede usar para restauraciones a corto plazo de los dientes primarios
- Puede durar más que vidrio ionomérico pero no tanto como la compuesta
- Resiste bien el escurrimiento
- El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta mas que amalgama)
- limitado porque no se recomienda para restaurar superficies de dientes de adultos en donde se muerde
- Se gasta más rápido que la compuesta y la amalgama

La Toxicidad de Materiales Dentales

La Amalgama Dental

El mercurio en su forma elemental está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan intoxicación reproductiva. El mercurio podría dañar al cerebro en desarrollo de un niño o feto.

La amalgama dental se hace al mezclar el mercurio elemental (43-54%) y una aleación en polvo (46-57%) compuesta principalmente de plata, estaño, y cobre. Por esta razón se han discutido los riesgos del mercurio en la amalgama dental. El mercurio se emite en cantidades muy pequeñas de vapor. Esto ha provocado algunas inquietudes en cuanto a la posibilidad de intoxicación. La investigación científica sobre la seguridad de la amalgama dental continúa. Según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hay poca evidencia que la salud de la mayoría de la población sea afectada por amalgama. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y otras organizaciones públicas de salud han investigado la seguridad de la amalgama usada para empastar dientes. La conclusión: ninguna evidencia científica ha mostrado que amalgamas causan daño a pacientes con restauraciones dentales, excepto en casos raros de Existe una diversidad de opiniones con respecto a la seguridad de amalgamas dentales. Hay dudas en cuanto a la seguridad de amalgamas en mujeres embarazadas, niños, y personas diabéticas. Sin embargo, la evidencia científica y la literatura de estudios en publicaciones científicas, evaluadas por colegas en la profesión, indican que mujeres, niños, y diabéticos quienes de otra manera están de buena salud no corren un riesgo más alto por tener amalgamas dentales adentro de la boca. La FDA no le pone ninguna restricción al uso de amalgama dental.

Resina Compuesta

Alguna Resina Compuesta contiene Sílice Cristalina, la cual está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan cáncer.

Siempre es una buena idea hablar a fondo con su dentista de cualquier procedimiento dental.

Materiales Dentales--Ventajas y Desventajas

EMPASTES DE AMALGAMA DENTAL

Amalgama dental es una mezcla de mercurio líquido y un polvo de una aleación de plata, estaño, y cobre que se endurece por sí sola. A veces a la amalgama se le refiere como empastes de plata por su color. Con frecuencia se usa como material para empastar y como reemplazo para dientes quebrados.

Ventajas

- Duradera
- No se gasta pronto; resiste la fuerza al morder
- Relativamente económica
- Generalmente se completa en una sola visita
- Se sella solo; se encoge muy poco o no se encoge, y no se escurre
- Tiene alta resistencia a mayor deterioro (caries) pero puede resultar difícil detectar en sus etapas iniciales
- Menos frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)"
- Color gris, no color de diente
- Puede oscurecerse al corroer (dañarse); puede manchar los dientes con el tiempo
- Requiere extraer parte del diente sano
- En empastes más grandes de amalgama, lo que queda del diente se podría debilitar y fracturar
- El conducto de temperaturas altas y bajas en el metal podría causar momentos de sensibilidad de dientes a cosas calientes y frías
- El contacto con otros metales ocasionalmente puede causar una pequeña corriente eléctrica Empastes compuestos son una mezcla de vidrio en polvo y resina de plástico, y a veces se le refiere como empastes blancos, plásticos, o empastes del color de los dientes. Se usa para empastes, incrustaciones, recubrimientos, coronas parciales y completas, o para reparar partes de dientes quebrados.

La durabilidad de cualquier restauración dental depende no sólo de los materiales usados sino también del método que el dentista utiliza al colocar la restauración. Otros factores incluyen los materiales auxiliares utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. El tiempo de durabilidad de una restauración dependerá de su higiene dental personal, su dieta, y sus hábitos de masticar.

Empastes de Resina Compuesta

Empastas compuestos son una mezcla de vidrio en polvo y resina de plástico, y a veces se le refiere como empastes blancos, o empastes del color de los dientes. Se usa para empastes, incrustaciones, recubrimientos, coronas parciales y completas, o para repara partes de dientes quebrados.

Ventajas

- Fuerte y duradera
- Color de diente
- Una sola visita para empastar
- Resiste fracturas
- Cantidad máxima del diente preservado
- Poco riesgo de escurrimiento si está pegado solamente al esmalte (superficie)
- Generalmente resiste la fuerza al morder dependiendo del producto utilizado
- La resistencia a mayor deterioro (caries) es moderada y fácil de detectar
- De menos a moderada frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)"
- Frecuencia moderada de momentos de sensibilidad de dientes; el material es sensible al método de aplicación del dentista
- Cuesta más que amalgama dental
- El material se encoge al endurecerse y podría ocasionar mayor deterioro (caries) y/o sensibilidad de temperaturas
- Requiere más de una visita para incrustaciones, recubrimientos, y coronas ◷ Puede gastarse más rápido que el esmalte dental
- Puede gastarse más rápido que el esmalte dental
- Puede escurrirse con el tiempo cuando está pegado debajo del esmalte (debajo de la superficie)

Datos Sobre Los Empastes

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Nombre del paciente:_____ Fecha de nacimiento:_____

Una de nuestras metas es proteger sus derechos de privacidad; por lo tanto, a menos que tengamos su permiso, no se proporcionará a nadie información respecto a su cuidado de salud y/o sus finanzas.

	Si	**No**
¿Podemos llamarle al trabajo?		
¿Podemos llamarle a su casa?		
Si respondió que no a ambas preguntas, ¿tiene un número alternativo (p. ej. teléfono celular)? _____		
¿Podemos dejarle mensaje (incluyendo información sobre citas) en su contestador oh buzon de mensaje de voz?		
¿Podemos enviarle un fax? Sí No. de fax:_____		
¿Podemos enviarle un correo electrónico? Correo electrónico: _____		

Sólo proporcionaremos información de usted a las siguientes personas:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

_____ _____

Firma del paciente/aval **Fecha**

Este consentimiento es valido, al menos que sea revocado por escrito.

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR AL PACIENTE

El paciente, tutor legal o el conservador, está de acuerdo que el College of Dental Medicine de Western University of Health Sciences pueda fotografiar me/el paciente, con el propósito de documentar mis progresos relacionados con mi salud. Mi firma a continuación indica que entiendo que:

- Las fotografías pueden tomarse para documentar mi cuidado y tratamiento actuales, y/o para documentar el progreso de dicho tratamiento.
- Las mismas disposiciones legales de derechos de privacidad a la confidencialidad del paciente aplican a cualquier fotografía tomada por el Centro.
- El Centro retendrá los derechos de propiedad de estas fotografías, pero se me permitirá acceso para verlas o para obtener fotocopias.
- Estas imágenes se almacenarán de forma segura que protegerá mi privacidad y que se mantendrán durante el periodo de tiempo requerido por ley.
- Las imágenes pueden utilizarse sin identificadores personales para fines didácticos, presentaciones académicas o científicas, carteras profesionales y propósitos no relacionados con la publicidad u otros intereses comerciales, como ejemplos de atención dental del odontólogo estudiante para entrevistas de trabajo.

_____ _____

Fecha Firma del paciente/representante legal/custodio

_____

Nombre del paciente en letra imprenta

_____

Relación si lo firma alguien que no sea el paciente

_____ _____

Fecha Firma del testigo

_____

Nombre del testigo en letra imprenta

Nota: Una fotocopia o imagen electrónica de este documento será tan válida como la original

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
CONFIRMACIÓN DE RECIBO

FECHA: _____, 20 _____

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de Western University of Health Sciences (WesternU). Comprendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo WesternU puede usar y divulgar mi información de salud.

_____ _____

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Firma del paciente

Si este formulario es completado por el representante legal del paciente, escriba su nombre con letra imprenta en las líneas siguientes:

_____ _____

Representante legal (en letra de imprenta) Firma del representante legal

_____

Relación:

This Section to be Completed by WesternU:

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's personal representative.

I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of WesternU's Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:

□ Patient refused to sign
□ Patient unable to sign
□ Other _____

_____ _____ _____

Employee Name (Print) Employee Signature Date

This form must be placed in the patient's medical record.

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

INFORMACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Política de pagos

Western University, College of Dental Medicine clinical sites (CDM clinical sites) es una clínica dental de pago por servicios. Pueden realizarse pagos por servicio en efectivo, Visa, MasterCard o Discover Card por medio de uno de los siguientes métodos:

1. **Pago a medida que se presta el servicio** – los servicios se pagan en su totalidad a medida que finalizan.
2. **Pagos en plazos iguales** – El costo total de un plan de tratamiento aprobado se divide en pagos iguales.
3. **Pre-pago por cuotas** – se hacen pagos regulares antes de iniciar un procedimiento o fase de un plan de tratamiento aprobado. Las citas se programan cuando se ha pagado el costo total del tratamiento o fase.
4. **Tratamiento en fases** – Ciertos planes de tratamiento pueden completarse en fases, lo cual permite intervalos de tiempo entre cada fase de atención dental.
5. ***Crédito por atención*** – Este tipo de pago se ofrece para planes de tratamiento aprobados cuando las obligaciones financieras del paciente superan los $500.00 Un plan de pagos sin intereses (6 ó 12 meses) o planes de pago con un interés bajo (24, 36 ó 48 meses) con aprobación crediticia de ***Crédito por atención***.

- El Dental Center cobra una cuota de $20.00 por cheques rechazados por el banco y se reserva el derecho de solicitar una forma alterna de pago, la cual incluye el uso de una agencia de cobro para recuperar el monto vencido y pagadero.

Seguro dental y otra cobertura de terceros:

CDM clinical sites sólo acepta Delta Dental PPO, MetLife PPO y el Denti-Cal tradicional.

1. Los pacientes con cobertura de Delta Dental o MetLife deben pagar su pago compartido en cada consulta.
2. *No* participamos en ningún programa de HMO.
3. Los pacientes con Denti-Cal deben presentar su Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC) para verificar su elegibilidad.
4. Si no podemos verificar su elegibilidad, el pago por servicios debe realizarse usando uno de los métodos anteriores.
5. El paciente tiene la responsabilidad de pagar cualquier procedimiento no cubierto por Delta Dental, MetLife o Denti–Cal

Assigacion De Beneficos y Divulgacion de IPS

1. ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: POR EL PRESENTE ASIGNO DIRECTAMENTE ALCDM CLINICAL SITES TODOS LOS BENEFICIOS QUIRÚRGICOS Y/O MÉDICOS, SI LOS HAY, QUE DE OTRA FORMA ME SERÍAN PAGADEROS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. COMPRENDO QUE SOY ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, INDEPENDIENTEMENTE DE SI EL SEGURO LOS PAGA O NO.
2. DIVULGACIÓN DE IPS: POR EL PRESENTE AUTORIZO AL CDM CLINICAL SITES CIBIR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (IPS) SOBRE MÍ PARA PROPÓSITOS DE TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPERACIONES. PUEDO REVOCAR ESTA AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO. COMPRENDO QUE OTRAS DIVULGACIONES SE REALIZARÁN SOLAMENTE CON MI AUTORIZACIÓN POR ESCRITO, A MENOS QUE LA LEY LO PERMITA O REQUIERA DE OTRA MANERA. SE ME HA OFRECIDO UNA "NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD" CDM CLINICAL SITES.

Cancelación de servicios

Si se cancela la atención dental y:

1. Existe un saldo crediticio, entonces se enviará un reembolso a la persona correspondiente, menos cualquier costo por tratamientos recibidos.
2. Existe un saldo por atención, entonces la cantidad pagadera debe pagarse en la fecha en la que se cancela el tratamiento dental.

Persona responsable de la declaración de pagos y firma

Como persona responsable del pago, declaro que he leído y comprendo que mis obligaciones financieras y las obligaciones de pacientes tratados bajo mi cuenta y los servicios dentales deben pagarse siguiendo las políticas y pautas de CDM clinical sites ***Comprendo que CDM clinical sites proporcionará presupuestos de buena fe por el costo de atención y beneficios potenciales y que los presupuestos no son garantía de los costos finales por atención dental ni del pago real de terceros.*** Como persona responsable del pago, soy responsable de todos los costos incurridos por mí y/o por pacientes cubiertos bajo mi cuenta.

_____ _____

Nombre en letra de imprenta Fecha

_____

Firma

Una copia electrónica firmada de este formulario es tan válida como el original

THE COLLEGE OF Dental Medicine

The discipline of learning. The art of caring.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PRESIONE FIRMEMENTE AL ESCRIBIR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE)

Fecha _____

Nombre _____
Apellido

Dirección _____ Fec. Nac. _____ Edad _____

Ciudad / Estado / Código postal _____ H / M _____ Ocupación _____

Tel. de casa (_____) _____ Tel. del trabajo (_____) _____ Tel. móvil (_____) _____

Email _____ No. de SS _____

¿Cuál opción preferiría para recibir notificaciones: (encierre una): email / correo postal

Nombre del empleador _____ Título _____ Tel. del trabajo (_____) _____

Dirección del trabajo _____

Persona de contacto en caso de emergencia:_____ Número de teléfono: (_____) _____

Nombre del cónyuge / padre / tutor _____ Relación _____

MÓVIL TELÉFONO: (_____) _____ TELÉFONO : (_____) _____
(si es el cónyuge, un teléfono que no sea el de casa)

LA INFORMACIÓN INCOMPLETA SOBRE EL SEGURO PUEDE RESULTAR EN UNA DENEGACIÓN DEL RECLAMO POR EL PAGADOR!

COMPAÑÍA PRIMARIA DEL SEGURO DENTAL: _____ COMPAÑÍA SECUNDARIA DEL SEGURO DENTAL: _____

Dirección/número de teléfono del médico de atención primaria _____

Lengua materna: _____

Persona responsable del pago:_____

Parte responsable: Recuerde que el seguro se considera un método para reembolsar al paciente los honorarios pagados a un médico, y no sustituye los pagos. Algunas compañías pagan prestaciones fijas, y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar cualquier deducible, co-seguro o cualquier otro saldo no pagado por su seguro.

Nota: Una copia de su plan de seguro se mantendrá en su expediente de salud dental.

CONSENTIMIENTO Y ASIGNACIÓN:

_____Iniciales - Consentimiento para tratar: por el presente solicito y autorizo al western university of health sciences proporcionar y realizar dicha atención, pruebas, procedimientos, medicamentos y otros servicios y suministros médicos/quirúrgicos que se consideren necesarios o benéficos para mi salud y bienestar. Comprendo que este consentimiento se otorga en anticipación de cualquier servicio específico, pero se otorga para que el western university dental center pueda ejercer su mejor juicio sobre la atención médica adecuada que pueda ser necesaria para proteger mi vida y mi salud.

_____Iniciales - Asignación de beneficios: por el presente asigno directamente al western university of health sciences todos los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hay, que de otra forma me serían pagaderos por los servicios prestados. Comprendo que soy económicamente responsable de todos los cargos, independientemente de si el seguro los paga o no.

FIRMA: _____ FECHA: _____

(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR QUE AUTORIZA LOS TRATAMIENTOS)

POR FAVOR LLENE, FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL RECEPCIONISTA.

NOTA: Por favor infórmenos si cualquier parte de la información anterior cambia durante el curso de su tratamiento.