

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

<b>Apellido:</b>	<b>Nombre</b>	<b>Segundo nombre:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>SSN (últimos 4 dígitos):</b>		
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Teléfono de casa:</b>	<b>Teléfono móvil:</b>		
<b>Teléfono del trabajo:</b>	<b>Correo electrónico:</b>		
<b>Número de teléfono preferido:</b>	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo		

Requerimos la siguiente información con el fin de ayudar a nuestro personal a usar el lenguaje más respetuoso al dirigirse a usted y comprender mejor a nuestra población de pacientes. Ayúdenos a brindarle un mejor servicio seleccionando las mejores respuestas a estas preguntas. Gracias.

<b>Nombre preferido:</b>
<b>Pronombres:</b> <input type="checkbox"/> Ella/La/De ella <input type="checkbox"/> Él/Lo/De él <input type="checkbox"/> Ellos/Ellos/Suyo <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Me niego a contestar
<b>Sexo asignado al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a contestar
<b>Identidad de género:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Me niego a contestar
<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Simplemente pareja <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Otro
<b>Grupo étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o no latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a contestar
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Otro
<b>Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Me niego a contestar

### EMPLEO:

<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Servicio militar activo <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	
<b>Empleador:</b>	<b>Dirección:</b>
¿Es usted un empleado de WesternU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted un estudiante de WesternU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Si su contacto de emergencia vive con usted, indique un número alternativo que no sea el de su hogar.

**Los menores de edad deben tener un padre/madre o tutor legal que figure como su principal contacto de emergencia.**

### Contacto de emergencia (principal):

Parentesco:

Número de teléfono:

### Contactos de emergencia (secundario):

Parentesco:

Número de teléfono:

\_\_\_\_ (Iniciales) **CONSENTIMIENTO PARA TRATAR:** Por medio de la presente solicito y autorizo a WesternU Health a proporcionar y realizar la atención médica/quirúrgica, las pruebas, los procedimientos, los medicamentos y otros servicios y suministros que se consideren necesarios o beneficiosos para mi salud y bienestar. Se entiende que este consentimiento se otorga antes de cualquier servicio específico, pero se otorga para que WesternU Health pueda ejercer su mejor criterio en cuanto a la atención médica adecuada, que puede ser necesaria para proteger mi vida.

\_\_\_\_ (Iniciales) **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por medio de la presente, asigno directamente a WesternU Health todos los beneficios quirúrgicos y/o médicos, si los hubiere, que de otro modo se me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no pagados por el seguro.

\_\_\_\_ (Iniciales) **CONDUCTA ESPERADA:** Entiendo que soy responsable de ser respetuoso con otras personas en WesternU Health. También soy consciente de que se espera que trate al cuerpo docente, al personal y a los estudiantes de WesternU Health con cortesía y respeto. No se tolerarán conductas o comentarios inapropiados de naturaleza cultural, étnica o sexual y tendrán como resultado que me den de alta como paciente en WesternU Health.

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre del padre, madre o tutor:</b>	<b>Parentesco:</b>

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Cuestionario de historial dental para pediatría**

Nombre de su hijo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Derivado por: \_\_\_\_\_

1. ¿Su hijo ha tenido consultas dentales anteriormente? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo fue el último examen? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿hubo algún problema durante el examen?

\_\_\_\_\_

2. ¿Alguna vez le hicieron radiografías dentales a su hijo? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿hubo algún problema durante el procedimiento? \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna vez su hijo ha sufrido lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde o qué parte de la cabeza? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿cómo? \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez su hijo ha tenido problemas con la dentición o para mudar dientes? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cómo? \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez su hijo ha tenido algún tratamiento de ortodoncia? Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo participa en deportes de contacto? Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

7. ¿Su hijo tiene algún hábito? (chuparse el dedo o el pulgar, respirar por la boca) Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué tipo de agua toma su hijo?    Municipal/llave    De pozo    Embotellada    Filtrada
9. ¿Su hijo usa pasta dental con fluoruro?    Sí    No
10. ¿Cuántas veces al día su hijo se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_  
 ¿En cuántas de estas veces le ayuda con el cepillado? \_\_\_\_\_
11. ¿Con qué frecuencia su hijo usa hilo dental? \_\_\_\_\_  
 ¿En cuántas de estas veces le ayuda con el hilo dental? \_\_\_\_\_
12. ¿Fue amamantado su hijo?    Sí    No  
 En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de amamantar a su hijo (edad en meses)? \_\_\_\_\_
13. ¿Cómo describiría los hábitos alimenticios de su hijo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. ¿A su hijo le da miedo alguna parte de la consulta dental?    Sí    No  
 En caso afirmativo, ¿qué es lo que más le asusta? \_\_\_\_\_
15. ¿A usted, o a su esposo(a)/pareja, le da miedo la atención dental?    Sí    No  
 En caso afirmativo, ¿qué es lo que más le asusta? \_\_\_\_\_  
 En caso afirmativo, ¿su hijo sabe que a usted le dan miedo las consultas dentales?    Sí    No

Certifico que he leído y entiendo este formulario. A mi leal saber y entender, he respondido todas las preguntas de forma completa y precisa. Informaré a Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinic(s) ("WesternU CDM Clinics(s)") sobre cualquier cambio en la salud y/o medicamentos de mi hijo. Además, no responsabilizaré a WesternU CDM Clinic(s) por cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Su nombre y parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO PARA ODONTOPEDIATRÍA**

Para ayudar a que los estudiantes, los profesores y el personal de WesternU CDM atiendan a su hijo de forma segura y efectiva, proporcione la siguiente información:

Nombre de su hijo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Derivado por: \_\_\_\_\_
2. Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número del médico: \_\_\_\_\_
3. Altura \_\_\_ ft \_\_\_\_\_ pulgadas o \_\_\_\_\_ cm      Peso \_\_\_\_\_ lb o \_\_\_\_\_ kg
4. Nombres y edades de los padres: \_\_\_\_\_
5. Nombres y edades de los hermanos: \_\_\_\_\_
6. ¿Quién vive con el niño? \_\_\_\_\_
7. Historial de salud familiar: \_\_\_\_\_
8. ¿Cómo está la salud general del niño? \_\_\_\_\_
9. ¿Su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

<input type="checkbox"/> Artificial (válvula cardíaca protésica)	<input type="checkbox"/> Bronquitis, EPOC, Enfisema	<input type="checkbox"/> Tratamiento para enfermedades emocionales
<input type="checkbox"/> Endocarditis infecciosa previa	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Cualquier otra enfermedad del cerebro/ de los nervios
<input type="checkbox"/> Daño en las válvulas en el corazón trasplantado	<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Miedo al dentista o las agujas
<input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita (CC)	<input type="checkbox"/> Respiración sibilante	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Trasplantes de corazón	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides
<input type="checkbox"/> Cualquier otro problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Calambres/edema en la parte inferior de la pierna	<input type="checkbox"/> Cirrosis hepática	<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Diálisis
<input type="checkbox"/> Enfermedad/rasgos falciformes	<input type="checkbox"/> Enfermedad/ cálculos en la vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> ERGE/Reflujo/Úlceras/Acidez	<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Estreñimiento/Diarrea	<input type="checkbox"/> Trasplantes de órganos
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Sangre en heces/heces oscuras	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Cualquier otro trastorno sanguíneo	<input type="checkbox"/> Vómitos frecuentes	<input type="checkbox"/> Terapia de radiación
<input type="checkbox"/> Tomar anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Epilepsia, desmayos, convulsiones, ataques	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Moretones frecuentes o propensos a aparecer	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (ETS)
<input type="checkbox"/> Resfriados o infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la piel
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Aumento de peso inesperado
<input type="checkbox"/> Cualquier otra enfermedad.		

10. ¿Su hijo alguna vez ha pasado la noche en un hospital? Sí No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

11. ¿Su hijo ha tenido alguna vez alguna hemorragia anormal? Sí No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

12. ¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, alimentos, materiales o anestésicos? Sí No

En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y comprendido este formulario. Según mi leal saber y entender, he respondido todas las preguntas de forma completa y precisa. Informaré a WesternU CDM Clinic(s) sobre cualquier cambio en la salud y/o medicamentos de mi hijo. Además, no responsabilizaré a WesternU CDM Clinic(s) por cualquier error u omisión que pude haber cometido al completar este formulario.

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Su nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Formulario revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO LIMITADO

**Información general:** Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine clinical sites se denominará “WesternU CDM clinic(s)” en este documento. He elegido solicitar tratamiento dental de emergencia de WesternU CDM clinic(s). 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 informativa sobre 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 la “*Declaración de Derechos del Paciente*” está publicada para su revisión en la clínica y se me ha ofrecido el “*Aviso de privacidad*” para el respectivo análisis.

**Tratamiento:** Se me ha informado que el procedimiento al que me someteré 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:** WesternU CDM clinic(s) está abierto de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Si se presenta una emergencia o una complicación posoperatoria después de dicho horario, o en un fin de semana o día feriado, **debo llamar al número de teléfono de la clínica principal en el sitio clínico, y mi llamada se transferirá al servicio de contestador automático que me ayudará a comunicarme con mi estudiante de odontología o un dentista docente de guardia.** 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 la sala de emergencias más cercana para recibir tratamiento.

**Conducta esperada:** Entiendo que tengo la responsabilidad de ser considerado y respetuoso de los derechos de los demás pacientes y del personal de WesternU CDM clinic(s). Además, entiendo también que soy responsable de respetar la propiedad de las demás personas en WesternU CDM clinic(s). También soy consciente de que se espera que trate al cuerpo docente, al personal y a los estudiantes de WesternU CDM con cortesía y respeto. No se tolerarán conductas o comentarios inapropiados de naturaleza cultural, étnica o sexual y tendrán como resultado que me den de alta como paciente en WesternU CDM clinic(s).

**Registros dentales:** Entiendo que el registro dental, las radiografías, fotografías, los modelos y cualquier otro medio de diagnóstico relacionado a mi tratamiento, son propiedad de WesternU CDM. 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, necesitare completar y firmar un formulario para **Divulgación de Información.** WesternU CDM clinic(s) puede cobrar una cuota administrativa razonable por este servicio. WesternU CDM clinic(s) 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 Coordinador de Atención al Paciente, el Director de Servicios de Atención al Paciente o el Administrador del sitio.

**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 una evaluación y diagnóstico integrales de mis necesidades dentales. También acepto que todos los registros son propiedad de WesternU CDM y que pueden usarse para propósitos educativos o en publicaciones científicas y que no tengo derecho a ninguna compensación económica.

**Exención de responsabilidad:** Entiendo 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 WesternU CDM.

**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/madre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor si corresponde: \_\_\_\_\_

Firma del testigo (profesor o estudiante): \_\_\_\_\_

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

## CONSENTIMIENTO GENERAL INFORMADO

**Información general:** Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine clinical sites se denominará “WesternU CDM clinic(s)” en este documento. He elegido solicitar atención dental completa de WesternU CDM clinic(s). **Comprendo que es posible que WesternU CDM clinic(s) no pueda cumplir con las necesidades de mi tratamiento y podría rechazarse mi solicitud de tratamiento en WesternU CDM clinic(s).** 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 informativa sobre 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 la “*Declaración de Derechos del Paciente*” está publicada para su revisión en la clínica y se me ha ofrecido el “Aviso de privacidad” para el respectivo análisis.

**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 incrementar 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. WesternU CDM clinic(s) también se reserva el derecho de no realizar un tratamiento específico solicitado por mí. También comprendo que debo realizar el pago al momento del tratamiento y que soy responsable de los costos totales de éste. Entiendo que si tengo un seguro dental, es un contrato entre mí, el titular de la póliza, y la compañía de seguros; por lo tanto, soy responsable de todos los costos no cubiertos por mi seguro.

**Atención de emergencia después del horario normal de atención:** El horario de WesternU CDM clinic(s) clinical sites puede variar. Sin embargo, la mayoría de las ubicaciones están abiertas de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. Si se presenta una emergencia o una complicación posoperatoria después de dicho horario, o en un fin de semana o día feriado, **debo llamar al número de teléfono de la clínica principal en el sitio clínico, y mi llamada se transferirá al servicio de contestador automático que me ayudará a comunicarme con mi estudiante de odontología o un dentista docente de guardia.** 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 de emergencias local para recibir tratamiento.

**Salud:** Si hay algún cambio en mi estado de salud, cambios en mis medicamentos o alguna hospitalización reciente, le informaré a mi estudiante de odontología. Informaré a mi estudiante de odontología si estoy tomando un tipo de medicamento llamado bifosfonatos (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 previo aviso, no podré continuar con el tratamiento en WesternU CDM clinic(s).

**Conducta esperada:** Entiendo que tengo la responsabilidad de ser considerado y respetuoso de los derechos de los demás pacientes y del personal de WesternU CDM clinic(s). Además, entiendo también que soy responsable de respetar la propiedad de las demás personas en WesternU CDM clinic(s). También soy consciente de que se espera que trate al cuerpo docente, al personal y a los estudiantes de WesternU CDM clinic(s) con cortesía y respeto. No se tolerarán conductas o comentarios inapropiados de naturaleza cultural, étnica o sexual y tendrán como resultado que me den de alta como paciente en WesternU CDM clinic(s).

**Terminación del tratamiento:** WesternU CDM clinic(s) se reserva el derecho de discontinuar mi tratamiento. Si se cancela mi tratamiento, se me devolverá cualquier saldo a favor por servicios que no se me proporcionaron.

**Registros dentales:** Entiendo que el registro dental, las radiografías, fotografías, los modelos y cualquier otro medio de diagnóstico relacionado a mi tratamiento, son propiedad de WesternU CDM clinic(s). 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 completar y firmar un formulario para **Divulgación de Información**. WesternU CDM clinic(s) puede cobrar una cuota administrativa razonable por este servicio. WesternU CDM clinic(s) 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, entiendo que puedo

comunicarme con WesternU CDM clinic(s) para hablar con mi coordinador de atención al paciente asignado o el administrador del sitio.

**Seguridad:** Entiendo que para propósitos de seguridad, hay cámaras presentes en todos los sitios clínicos de WesternU CDM clinic(s).

**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 Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine y que pueden usarse para propósitos educativos o en publicaciones científicas, y que no tengo derecho a ninguna compensación económica.

**Exención de responsabilidad:** Entiendo que mi atención de salud dental no está bajo ninguna garantía, explícita o implícita. Además, acepto exonerar, eximir de responsabilidad y renunciar a todos los reclamos, pérdidas o daños resultantes o relacionados con el tratamiento brindado en virtud del presente por el estudiante de odontología, el profesor de odontología o por WesternU CDM clinic(s).

**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/madre o tutor \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor si corresponde \_\_\_\_\_

Firma del testigo (profesor o estudiante) \_\_\_\_\_

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

**AUTORIZACIÓN PARA PADRE/MADRE/TUTOR/CUSTODIO SUSTITUTO**

Al llenar este formulario, autorizo que una persona alterna tome la decisión de otorgar permiso y que se involucre en los servicios y atención de tratamiento dental para mi hijo menor de edad/adulto dependiente, aquí en Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinic(s) ("WesternU CDM Clinic(s)).

Nombre del menor de edad/adulto dependiente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Autorización directa para atención/tratamiento.  Autorizo que WesternU CDM Clinic(s) proporcione al menor de edad/adulto dependiente mencionado anteriormente atención de emergencia, urgente y otra atención y tratamiento dental en mi ausencia, incluyendo al padre/tutor sustituto, autorizado a continuación, que acompañará al menor de edad/adulto dependiente a las citas en mi nombre. (Marque todas las opciones que correspondan):

Radiografías  Tratamiento de conducto radicular  Tratamiento con flúor  Selladores  Limpieza dental

Empastes  Extracción de dientes permanentes  Extracción de dientes de leche  Otro: \_\_\_\_\_

Asignación del padre/madre sustituto para autorizar atención/tratamiento para el menor de edad/adulto dependiente.

Autorizo al padre/madre/tutor sustituto asignado a continuación a que otorgue consentimiento informado para tratamiento de emergencia, urgente y otro tratamiento dental para el menor de edad/adulto dependiente mencionado anteriormente.

Identificación del padre/madre/tutor/custodio sustituto.  Designo a la(s) siguiente(s) persona(s) a que obtengan acceso a la información médica protegida (PHI), proporcionen y reciban información, otorguen consentimiento informado para tratamiento dental, o de otra forma reciban custodia del menor de edad/adulto dependiente.

Nombre/Parentesco Dirección: \_\_\_\_\_

**Duración de la autorización.** Este consentimiento es válido por un (1) año a partir del \_\_\_\_\_ y expira el \_\_\_\_\_. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de dicha fecha de expiración proporcionando a WesternU CDM Clinic(s) una notificación por escrito.

Divulgación de información.  Para garantizar que el padre/madre/tutor/custodio sustituto tenga acceso a la información médica protegida necesaria para tomar decisiones de consentimiento informado, autorizo a WesternU CDM Clinic(s) que otorgue al padre/madre/tutor sustituto mencionado anteriormente la PHI relacionada solo con el menor de edad/adulto dependiente. "PHI" significa todos los registros dentales relacionados con el menor de edad/adulto dependiente, los cuales están protegidos y son confidenciales según lo define la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), e incluyen: información de cuentas, citas y tratamientos planeados o brindados. También acuerdo exonerar a WesternU CDM Clinic(s), y a los proveedores, de cualquier responsabilidad por cualquier reclamo resultante de la divulgación de la PHI en función de esta autorización.

**He leído y considerado cuidadosamente este consentimiento antes de firmarlo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal/custodio

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque una de las opciones con un círculo: Padre/Madre Tutor legal Custodio

Información de contacto para el padre/madre/tutor legal/custodio

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Número telefónico del trabajo: \_\_\_\_\_ Otra información de contacto: \_\_\_\_\_

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

## Información de responsabilidad financiera del paciente

### Política de pago

The Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinics (“WesternU CDM Clinic(s)”) son clínicas dentales de pago por servicio. El Centro Dental cobra \$20.00 por cheques devueltos y se reserva el derecho de solicitar una forma alternativa de pago, incluido el uso de una agencia de cobranza para recuperar cualquier monto adeudado y pagadero. El pago de los servicios en efectivo, Visa, MasterCard o Discover Card se puede realizar mediante uno de los siguientes métodos:

1. **Pago a medida que se brinda el tratamiento:** los servicios se pagan en su totalidad a medida que se completan.
2. **Pago anticipado de tarifas:** los pagos regulares se realizan antes del inicio de un procedimiento o fase del plan de tratamiento aprobado. Las citas se agendan cuando se paga el costo total del tratamiento o fase.
3. **Tratamiento por fases:** ciertos planes de tratamiento se pueden completar por fases, lo que permite intervalos de tiempo entre cada fase del cuidado dental.
4. **Crédito de atención:** esta forma de pago se ofrece para planes de tratamiento aprobados cuando la obligación financiera del paciente supera los \$500.00. Un plan de pago sin intereses (hasta 18 meses) o planes de pago de bajo interés (24, 36 o 48 meses) con aprobación de crédito de Care Credit.

### Asignación de Beneficios y Divulgación de PHI:

1. **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** Por medio de la presente, asigno directamente a WesternU CDM Clinic(s) todos los beneficios dentales o quirúrgicos dentales, si los hubiere, que de otro modo se me pagarían por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no mi compañía de seguros dentales.
2. **DIVULGACIÓN DE PHI:** Por medio de la presente, autorizo a WesternU CDM Clinics a recibir y/o divulgar información médica protegida (PHI) sobre mí con el propósito de tratamiento, pago 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. Si lo solicito, se me proporcionará un “Notificación de Prácticas de Privacidad” completa para Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine Clinic.

### Seguro dental y otra cobertura de terceros:

Western University Dental Center solo acepta Delta Dental PPO, MetLife PPO y Denti-Cal de pago por servicio.

1. Se espera que los pacientes cubiertos por el seguro Delta Dental o MetLife paguen su copago en cada consulta.
2. No participamos en ningún programa HMO.
3. Se espera que los pacientes con Denti-Cal presenten su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) para que se pueda verificar la elegibilidad.
4. Si no podemos verificar la elegibilidad, se espera que el pago de los servicios se realice mediante uno de los métodos de pago enumerados anteriormente.
5. Los procedimientos no cubiertos por Delta Dental, MetLife o Denti-Cal son responsabilidad del paciente.

### Terminación de los servicios

Si se interrumpe el cuidado dental y:

1. Hay un saldo a favor en la cuenta, luego se enviará un reembolso a la persona correspondiente que figura en la cuenta.
2. Hay un saldo en la cuenta, luego se espera el monto adeudado en la fecha en que se interrumpe el tratamiento dental.

### Responsable de la Declaración de Pago y Firma

Como la persona responsable del pago, declaro que he leído y entiendo las obligaciones financieras para mí y/o los pacientes tratados bajo mi cuenta, y que los servicios dentales deben pagarse dentro de las políticas y pautas de WesternU CDM Clinic(s).

***Entiendo que WesternU CDM Clinic(s) proporcionará estimaciones de buena fe del costo de la atención y los beneficios potenciales y que las estimaciones no son garantías de los costos finales de la atención dental o el pago real de terceros.***

Como persona responsable del pago, soy responsable de todos los costos incurridos por mí o por los pacientes que están cubiertos por mi cuenta.

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma

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

## AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR A UN PACIENTE

El paciente, tutor legal o custodio abajo firmante acuerda que Western University of Health Sciences, College of Dental Medicine clinical sites (denominado "WesternU CDM clinic(s)") pueda fotografiarme, o al paciente, con el propósito de documentar mi progreso relacionado con mi salud. 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 WesternU CDM Clinic(s).
- WesternU CDM Clinic(s) retendrá los derechos de propiedad de estas fotografías, pero se me permitirá acceso para verlas o para obtener fotocopias.
- Las 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, tales como ejemplos de procedimientos quirúrgicos o atención dental proporcionada por los estudiantes de odontología para entrevistas de trabajo.
- Las partes de mi cuerpo que se pueden fotografiar son: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante legal/custodio Firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en letra imprenta

Nota: Una fotocopia o imagen electrónica de este documento es tan válida como el original

## INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO CONTACTAR AL PACIENTE

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

Uno de nuestros objetivos es proteger sus derechos a la privacidad; por lo tanto, a menos que tengamos su permiso, no se le dará información a nadie sobre usted o sus finanzas.

	Sí	No
¿Podemos llamarlo al trabajo?		
¿Podemos llamarlo al hogar?		
Si respondió "No" a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿tiene un número alternativo, por ejemplo, un celular al que podamos comunicarnos con usted? Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿cuál es el número?		
¿Podemos dejar mensajes (incluyendo información de citas) en su correo de voz?		
¿Podemos enviarle un fax? En caso afirmativo, ¿cuál es el número de fax?		
¿Podemos enviarle un correo electrónico? En caso afirmativo, ¿qué dirección de correo electrónico debemos usar?		

Solo proporcionaremos información sobre usted a las personas que se indican a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota: Este consentimiento es válido hasta que se notifique lo contrario por escrito.

Nota: Una fotocopia o imagen electrónica de este documento es tan válida como el original

## NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD ACUSO DE RECIBO

FECHA: \_\_\_\_\_

**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 a continuación:***

\_\_\_\_\_  
Representante legal (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco

### **Esta sección debe ser completada por WesternU:**

*Complete esta sección si este formulario no tiene la fecha y firma del paciente o la del representante del paciente.*

**He tratado de obtener de buena fe una confirmación escrita de recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad de WesternU, pero no fue posible por las siguientes razones:**

- El paciente se negó a firmar
- El paciente no era capaz de firmar
- Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Este formulario debe guardarse en el registro médico del paciente.**

## Consentimiento para evaluación a través de teleodontología

Como nuestro paciente, deseamos que usted (o su padre/madre/tutor) esté informado acerca del uso de la teleodontología para proporcionar una evaluación de sus necesidades de salud bucal. La teleodontología (a veces llamada videoconferencia) implica el uso de comunicaciones electrónicas, específicamente la plataforma audiovisual Zoom. El uso de este método permitirá a su estudiante y profesor de odontología recopilar información para sus necesidades de salud bucal sin la necesidad de que usted esté presente en el área de tratamiento físico.

Hemos elegido utilizar Zoom puesto que incorpora protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la información de sus pacientes y datos de imágenes. También incluye medidas para salvaguardar sus datos y asegura su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Su cita de teleodontología también puede ser por teléfono en caso de que no tenga acceso a Zoom.

Durante su cita de teleodontología, su estudiante y profesor de odontología revisarán su historial médico y le harán preguntas sobre su salud. Si bien anticipamos que podremos recopilar de manera efectiva la información que necesitamos sobre su salud, siempre es posible que su estudiante y el profesor de odontología determinen que es necesaria una cita en persona. Si este es el caso, el personal del sitio físico se pondrá en contacto con usted para programar una cita.

Se me ha explicado que el propósito de la teleodontología para mi cita es recopilar información sobre mi salud en términos donde considero que he sido completamente informado sobre los riesgos y beneficios de la teleodontología. Entiendo que el uso del sistema de teleodontología a través de Internet permite a mi estudiante y profesor de odontología ver mis registros y hablar sobre mi tratamiento conmigo. También entiendo que el estudiante y el profesor

Entiendo que puedo optar por no participar en una evaluación de teleodontología mediante video en cualquier momento antes y/o durante la cita. Si decido no participar en este tipo de cita dental, no afectará mi derecho a los cuidados o tratamientos futuros en cualquier sitio de WesternU CDM Clinic(s).

Mi firma a continuación indica mi consentimiento para participar en una cita de teleodontología a través de una conferencia audiovisual Zoom.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (padre, madre o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente en letra de imprenta

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

# *La realidad sobre los empastes*



**DENTAL BOARD OF CALIFORNIA**

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



# *Hoja informativa sobre materiales dentales*

## **¿Qué pasa con la seguridad de los materiales de empaste?**

La salud del paciente y la seguridad de los tratamientos dentales son los objetivos principales de los profesionales dentales de California y de la Dental Board of 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.

Dental Board of California está obligada por ley\* a poner esta hoja informativa sobre materiales dentales a disposición de todos los dentistas con licencia 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 una sola vez antes de comenzar cualquier procedimiento de empaste dental.

Como paciente o padre/madre/tutor, se le recomienda encarecidamente que hable con su dentista sobre los hechos presentados en relación con los materiales de empaste que se están considerando para su tratamiento en particular.

*\* Business and Professions Código 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 empaste. Tales reacciones pueden ser causadas por componentes específicos de los materiales de empaste, como aleaciones de mercurio, níquel, cromo y/o berilio. Por lo general, una alergia se manifiesta como un sarpullido en la piel 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, ionómero de vidrio, ionómero de resina o porcelana. Sin embargo, se han reportado respuestas alérgicas raras con amalgama dental, porcelana fundida con metal, aleaciones de oro y aleaciones de níquel o cobalto-cromo.

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

# Toxicidad de los materiales dentales

## *Amalgama dental*

El mercurio en su forma elemental se encuentra en la lista de sustancias químicas de la Proposición 65 del Estado de California que el estado sabe que causan toxicidad reproductiva. El mercurio puede dañar el cerebro en desarrollo de un niño o un feto.

La amalgama dental se crea mezclando mercurio elemental (43-54%) y una aleación en polvo (46-57%) compuesta principalmente de plata, estaño y cobre. Esto ha provocado un debate sobre los riesgos del mercurio en las amalgamas dentales. Dicho mercurio se emite en cantidades diminutas en forma de vapor. Se han planteado algunas preocupaciones con respecto a la posible toxicidad. Las investigaciones científicas continúan respecto a la seguridad de las amalgamas dentales. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, existe poca 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 las amalgamas utilizadas 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 al afirmar que “las restauraciones de amalgama son seguras y rentables.”

Existe diversidad de opiniones en cuanto a la seguridad de las amalgamas dentales. Se han planteado dudas sobre su seguridad en mujeres embarazadas, niños y diabetes. 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 sanos no corren un mayor riesgo por tener amalgamas dentales en la boca. La FDA no impone restricciones sobre el uso de amalgamas dentales.

## *Resina compuesta*

Algunas resinas compuestas incluyen sílice cristalina, que se encuentra en la lista de sustancias químicas de la Proposición 65 del Estado de California que el estado sabe que causan cáncer.

**Siempre es una buena idea hablar sobre cualquier tratamiento dental a fondo con su dentista.**

## EMPASTES DE AMALGAMA DENTAL

La amalgama dental es una mezcla autoendurecible de polvo de aleación de plata, estaño y cobre, y mercurio líquido y, a veces, se denomina empastes de plata debido a su color. A menudo se utiliza como material de empaste y reemplazo de dientes rotos.

### *Ventajas*

- Durable; de larga duración
- Se ajusta bien; aguanta bien las fuerzas de mordida
- Relativamente barato
- Generalmente se completa en una consulta
- Autosellante; encogimiento mínimo o nulo y resistente a las fugas
- La resistencia a tener más caries 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 empaste?”
- De color gris, no del color del diente
- Puede oscurecerse a medida que se corroe; puede manchar los dientes con el tiempo
- Requiere extracción de algún diente sano
- En los empastes de amalgama más grandes, el diente remanente puede debilitarse y fracturarse
- Debido a que el metal puede conducir temperaturas frías y calientes, puede haber una sensibilidad temporal al frío y al calor
- El contacto con otros metales puede causar un flujo eléctrico diminuto ocasional

**La durabilidad de cualquier restauración dental está influenciada no solo por el material del que está hecha, sino también por la técnica del dentista al colocar la restauración. Otros factores incluyen los materiales de apoyo utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. El tiempo que durará una restauración depende de su higiene dental, cuidado en el hogar, así como dietas y hábitos de masticación.**

---

## EMPASTES CON 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 (inlays), carillas, coronas parciales y completas, o para reparar porciones de dientes rotos.

### *Ventajas*

- Fuerte y duradero.
- Del color del diente.
- Consulta única para empastes.
- Resistente a rupturas.
- Máxima cantidad de diente preservado.
- Pequeño riesgo de fuga si se une solo al esmalte.
- No se corroe.
- Generalmente resiste bien las fuerzas de mordida dependiendo del producto utilizado.
- La resistencia a tener más caries 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 empaste?”
- Ocurrencia 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 un mayor deterioro y/o sensibilidad a la temperatura.
- Requiere más de una consulta para incrustaciones (inlays), carillas y coronas.
- Puede desgastarse más rápido que el esmalte dental.
- Puede filtrarse con el tiempo cuando se une 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 del diente y varía en translucidez. El ionómero de vidrio generalmente se usa para empastes pequeños, cementación de coronas de metal y porcelana/metal, revestimientos y restauraciones temporales.

### ***Ventajas***

- Estética razonablemente buena.
- Puede proporcionar alguna ayuda contra la 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.
- Por lo general, se completa en una sola consulta dental.

### ***Desventajas***

- El costo es muy similar a 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 pasa el tiempo, este material puede volverse áspero y podría aumentar la acumulación de placa y la posibilidad de enfermedad periodontal.
- No se ajusta 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 y polímero de resina y ácido orgánico que se endurece con la exposición a una luz azul utilizada en el consultorio dental. Es del color del diente, pero más translúcido que el cemento de ionómero de vidrio. Se utiliza con mayor frecuencia para empastes pequeños, cementación de coronas y revestimientos de metal y porcelana.

### ***Ventajas***

- Muy buena estética.
- Puede proporcionar alguna ayuda contra la 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.
- Bueno para superficies de no mordida.
- Puede usarse para restauraciones de dientes de leche a corto plazo.
- Puede resistir mejor que el ionómero de vidrio, pero no tan bien como el composite.
- Buena resistencia a las fugas.
- El material tiene una baja incidencia de producir sensibilidad dental.
- Por lo general, se completa en una sola consulta dental.

### ***Desventajas***

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

## **PORCELANA (CERÁMICA)**

La porcelana es un material similar al vidrio que se transforma en empastes o coronas utilizando modelos de los dientes preparados. El material es del color del diente y se utiliza en incrustaciones (inlays), carillas, coronas y puentes fijos.

### ***Ventajas***

- Se necesita extraer muy poco diente para usarlo como carilla; se necesita extraer más diente para una corona porque su fuerza está relacionada con su volumen (tamaño).
- Buena resistencia a tener más caries si la restauración encaja bien.
- Es resistente al desgaste de la superficie, pero puede causar algo de desgaste en los dientes opuestos.
- Resiste las fugas porque se le puede dar forma para un ajuste muy preciso.
- El material no causa sensibilidad dental.

### ***Desventajas***

- El material es quebradizo y puede romperse con las fuerzas de mordida.
- Puede no ser recomendado para molares.
- Mayor costo porque requiere al menos dos consultas dentales 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 dentaduras parciales.

### ***Ventajas***

- Buena resistencia a tener más caries si la restauración encaja bien.
- Excelente durabilidad; no se fractura bajo tensión.
- No se corroe en la boca.
- Es necesario extraer una cantidad mínima de diente.
- Resiste las fugas porque se le puede dar forma para un ajuste muy preciso.

### ***Desventajas***

- No es del color del diente; la aleación es un color de metal plateado oscuro.
- Conduce el calor y el frío; puede irritar los dientes sensibles.
- Puede ser abrasivo para los dientes opuestos.
- Alto costo; requiere al menos dos consultas dentales y servicios de laboratorio.
- Ligeramente mayor desgaste de los dientes opuestos.



## PORCELANA FUNDIDA AL METAL

Este tipo de porcelana es un material similar al vidrio que se “esmalta” sobre cubiertas de metal. Es del color del diente y se utiliza para coronas y puentes fijos.

### *Ventajas*

- Buena resistencia a tener más caries si la restauración encaja bien.
- Muy duradero, debido a la subestructura metálica.
- El material no causa sensibilidad dental.
- Resiste las fugas porque se le puede dar forma para un ajuste muy preciso.

### *Desventajas*

- Se deben extraer más dientes (que para la porcelana) para la subestructura metálica.
- Mayor costo porque requiere al menos dos consultas dentales y servicios de laboratorio.

## ALEACIÓN DE ORO

La aleación de oro es una mezcla dorada de oro, cobre y otros metales y se utiliza principalmente para coronas y puentes fijos, así como para algunas estructuras de dentaduras parciales.

### *Ventajas*

- Buena resistencia a tener más caries si la restauración encaja bien.
- Excelente durabilidad; no se fractura bajo tensión.
- No se corroe en la boca.
- Es necesario extraer una cantidad mínima de diente.
- Se ajusta bien; no provoca un desgaste excesivo de los dientes opuestos.
- Resiste las fugas porque se le puede dar forma para un ajuste muy preciso.

### *Desventajas*

- No es del color del diente; la aleación es amarilla.
- Conduce el calor y el frío; puede irritar los dientes sensibles.
- Alto costo; requiere al menos dos consultas dentales y servicios de laboratorio.

## DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

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

---

Publicado por

CALIFORNIA DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS

5/04