



## FORMULARIO DE INSCRIPCION

PATIENT INFORMATION					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac: / /	Numero de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad, Estado:		Código Postal:	Condado:
Teléfono de casa: ( )		Teléfono Celular: ( )		Correo electrónico:	
Raza (Circular uno) Blanco/ Americano Negro o Africano/ Indio Americano o native de Alaska/ Asia/ Hawaiano o Islas del Pacifico/ Multirracial/ Otros:				Origen etnico: Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:			Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es Usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Médico Primario:			Dentista:		
INFORMACION DEL ENCARGADO / PARTIDARIO					
Nombre del responsable:		Fecha de Naci: / /	Relacion / parentesco de la parte responsable al Paciente: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre / Encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro:		
Dirección (Si es diferente a la del Paciente):			Ciudad, Estado:		Código Postal:
Teléfono de casa: ( )		Teléfono Celular: ( )		Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o familiar que no habite con usted:		Relacion con el Paciente:	Teléfono de casa: ( )	Teléfono Celular: ( )	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
(Proporcione informacion completa de su Seguro Medico sin importar el tipo de servicio utilizado. Proporcionar TODAS las tarjetas a la recepcionista.)					
Seguro médico Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro médico Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Subscriber Name:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
COMO UNA INSTALACION FEDERAL, ESTAMOS OBLIGADOS A HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS					
INGRESO ANUAL – Por favor circule, junto al tamaño de su familia, el Rango de Ingresos que mejor ADAPTE a su hogar.					
Tamaño de la Familia					
1	\$0 - \$12880	\$12881 - \$19320	\$19321 - \$22540	\$22541- \$25760	\$25761 y mas
2	\$0 - \$17420	\$17421 - \$26130	\$26131 - \$30485	\$30486 - \$34840	\$34841 y mas
3	\$0 - \$21960	\$21961 - \$32940	\$32941 - \$38430	\$38431 - \$43920	\$43921 y mas
4	\$0 - \$26500	\$26501 - \$39750	\$39751 - \$46375	\$46376 - \$53000	\$53001 y mas
5	\$0 - \$31040	\$31041 - \$46560	\$46561 - \$54320	\$54321 - \$62080	\$62081 y mas
6	\$0 - \$35580	\$35581 - \$53370	\$53371 - \$62265	\$62266 - \$71160	\$71161 y mas
7	\$0 - \$40120	\$40121 - \$60180	\$60181 - \$70210	\$70211 - \$80240	\$80241 y mas
8	\$0 - \$44660	\$44661 - \$66990	\$66991 - \$78155	\$78156 - \$89320	\$89321 y mas
<b>Para pacientes de 12 años y más</b>					
IDENTIDAD DE GENERO – Cual es su sentimiento interno de su genero? Piensa de usted mismo como: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino (Mujer a Hombre) <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino (Hombre a Mujer) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
ORIENTACION SEXUAL – Como identifica su atraccion fisica y emocional hacia los demas? Piensa de Usted mismo como: <input type="checkbox"/> Heterosexual (no gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Homosexual (Gay o lesbiana) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Niego a Responder					
<b>Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:</b>					
Firma del Paciente o Encargado:				Fecha:	



# POLITICA GENERAL Y CONSENTIMIENTO

## HORA DE LA CITAS

Todo paciente nuevo esta obligado a registrarse por lo menos 30 minutos antes de su cita. Esto permite al paciente tiempo para completar los trámites necesarios y al personal tener al paciente en la sala de examen al momento de la cita.

Todo paciente establecido esta obligado a registrarse al menos 20 minutos antes de su cita. Esto permitirá que el paciente tenga tiempo de actualizar cualquier información necesaria y permite al personal tener al paciente en la sala de examen a la hora de la cita. Esto permitirá una visita mucho más suave y oportuna.

Usted recibirá una llamada telefónica que le recuerda su cita dos días antes de su visita programada. Es importante que proporcione un número de teléfono actualizado y nos informe de cualquier cambio para poder llamarle y recordarle su visita.

**Cualquier paciente que no se registre con el personal en el tiempo indicado anteriormente, tendrá que ser reprogramado. Todo menor de edad (17 años y menores) deben estar acompañado por uno de los padres o tutor legal en todas las citas.**

## ACUERDO FINANCIERO

Se espera pago al momento del servicio. Si el pago no se hace en el momento de la cita, la cita será reprogramado para otra fecha acordada por el paciente la cual va a ser capaz de pagar por los servicios a ser prestados.

Si ha proporcionado seguro medico, este consentimiento autoriza a CHCCMO compartir la información médica necesaria para procesar sus reclamos. Además, autoriza el pago de beneficios del seguro directamente a CHCCMO. Usted entiende que es responsable de cualquier copago, coseguro, deducibles o servicios no cubiertos.

## CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir atención considerada aconsejable de parte de un proveedor de CHCCMO. Tal tratamiento puede incluir, pero no se limita al examen y pruebas de diagnóstico básico.

Doy fe que tengo la autoridad legal para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y actuar en nombre del paciente, si el paciente es un menor o incapacitado.

## OBJETOS PERSONALES DE VALOR

Reconozco que CHCCMO no es responsable de cualquier propiedad personal que lleve dentro de las instalaciones del CHCCMO.

## CITAS PERDIDAS

El Centro de Salud Comunitario de Missouri Central se dedica a servir a los miembros de nuestra comunidad. Nuestra política de cita perdida se aplica estrictamente porque, ya que deseamos proveer atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se hace difícil cuando los pacientes pierden citas programadas.

Se le notificará de una cita perdida en uno de los siguientes métodos; llamada telefónica o carta.

Valoramos a la familia y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas en el mismo día. En caso de que pierda citas en donde varios miembros esten programados, se le dara cita a cada miembro en días diferentes. Si un niño requiere tratamiento, es importante mantener estas citas para que puedan recibir la atención necesaria. Incapacidad de llevar a un niño para cualquier tratamiento se considera negligencia. CHCCMO esta obligado a reportar casos sospechosos de negligencia a las autoridades correspondientes.

**Continúa en la siguiente página...**

*MEDICINA FAMILIAR / PEDIATRIA / OBSTETRICIA /  
GINECOLOGIA / SALUD MENTAL*

Se le permitirán 3 no-show (no presentarse a la cita) para los tipos de citas anteriores, desde ese momento no se le permitirá programar citas por el período de 1 año. A usted se le podrá otorgar atención de manera emergente como un walk-in (sin cita), sin garantía de ser visto.

*DENTAL*

Para las visitas al dentista, una cita perdida se define de la siguiente forma:

1. Cualquier cita programada para la cual el paciente no se presenta
2. Cualquier cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación
3. Llegar a una cita 10 minutos o más tarde, debe reprogramar la cita.
4. Llegar a la cita sin pagos correspondiente resultara en reprogramar una nueva cita.
5. Menor de edad que se presenta sin acompañante adulto mencionados en el papeleo del paciente.

Una vez que pierda su cita inicial, cualquier cita futura será cancelada y reprogramada. No se permitirá que ningún paciente acumule 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses para programar una cita para un período de 6 meses. Durante ese tiempo el paciente puede buscar atención médica a través de "citas del mismo día" solamente; tendrá que llamar a la oficina el día que desea recibir atención médica y ver si hay citas disponibles para poder ayudarle.

Si un paciente se reincorpore a verse después de su período de 6 meses o programado para una misma visita de un día y se acumula otra cita perdida, entonces no será capaz de programar una cita por 1 año y ser visto sólo por necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado .

***He leído y entiendo las políticas y consentimientos incluidos en este formulario.***

\_\_\_\_\_  
FIRMA del Paciente, Padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
FECHA



## Centro de Salud Comunitario de Missouri Central

### ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley de 1996 (“HIPAA”) y portabilidad de seguro de salud, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo las operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Entiendo que puedo solicitar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Por favor lista alguna de las personas que le gustaría tener acceso a sus registros médicos. Cualquiera que no esté incluido en este formulario no será capaz de acceder a cualquier información sobre su atención médica.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud de la Comunidad para analizar toda la información médica con:

Nombre	Relación con paciente

Nombre (Imprimir): \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

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



## **Optar en Intercambio de Información Medica (HIE)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo a Community Health Center of Central Missouri que obtenga todos mis registros médicos e información médica, incluyendo los registros que se refieren a cualquier condición física o mental, estado psicológico, evaluación psiquiátrica y el tratamiento, psicoterapia, orientación, adicción a las drogas, el estado de infección , VIH / SIDA, las pruebas genéticas, o tratamiento para el abuso de drogas o alcohol, aun cuando tal información está protegida por la ley federal, desde y hacia los siguientes HIEs:**

- Alianza Instituto de Información Sanitaria del (TIGER)
- Carequality / SureScripts

**El propósito de esta descripción es para propósitos de tratamiento de la salud, el cambio de los proveedores y la continuidad de la asistencia sanitaria. Autorizo específicamente la divulgación de mi información médica desde y hacia los hospitales HIE anteriores en un formato electrónico.**

### **Reconocimiento de entendimiento:**

-Entiendo que esta autorización (la HIE) permite a múltiples profesionales de salud vincular los registros médicos via electrónica. Cuando voy a un proveedor de atención médica fuera, Community Health Center of Central Missouri puede ser capaz de compartir y/u obtener mis registros médicos a través de la HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal sobre mí para demostrar que tienen una relación de tratamiento conmigo antes que se permita el acceso a mi información.

Esta autorización permanecerá en vigor hasta que sea revocada por mí. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Community Health Center of Central Missouri, y que será efectiva en la fecha recibida. Sin embargo, no tendrá ningún efecto sobre las medidas ya adoptadas por mis proveedores de atención médica en virtud de esta autorización por escrito para divulgar mi información médica.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Presenciado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## Bienvenido al Centro de Salud Comunitario – Cuéntenos Sobre Usted

¿Tiene un médico personal?  Si  No

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_

Telefono del Medico: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_

Su salud fisica actual es:  Buena  Razonable  Pobre

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico?  Si  No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿usas algun tipo/forma de Tabaco?  Si  No

¿Que tipo de Tabaco? \_\_\_\_\_ ¿está interesado en dejar de fumar?  Si  No

¿ha tenido alguna varilla metálica, pernos o implantes colocados?  Si  No

¿está tomando algún medicamento?  Si  No

Por favor enumere cada una: \_\_\_\_\_

¿alguna vez ha tenido algún procedimiento quirúrgico?  Si  No

Por favor enumere cada uno: \_\_\_\_\_

### Historial Medico

Si No **Condiciones**

- Sangrado Anormal
- ADD/TDAH
- Abuso de Alcohol
- Anemia
- Angina de Pecho
- Ansiedad
- Artritis
- Válvula Card. Artificial
- Asma
- Autismo
- Terapia con Bifosfonatos
- Transfusión de Sangre
- Cancer
- Quimioterapia
- Discapacidad Cognitiva
- Defecto Cardi. Congenito
- EPOC/COPD
- Depresión
- Diabetes
- Dificultad Respiratoria
- Abuso de Drogas
- Emfisema
- Desmayos

Si No **Condiciones**

- Ampollas Febriles
- Dolores de Cabeza
- Glaucoma
- VIH/SIDA
- Ataque Cardíaco
- Soplo cardíaco
- Cirugía cardíaca
- Hemofilia
- Hepatitis C
- Presion Arterial Alta
- Reemplazo Conjuntos
- Problemas Renales
- Enfermedad Hepática
- Presion Arterial Baja
- Prolapso válvula mitral
- Marca Paso
- Problemas psiquiátricos
- Radioterapia
- Fiebre reumática
- Alergias Estacionales
- Convulsiones
- Enfermedades de Transmision Sexual
- Culebrilla

Si No **Condiciones**

- Enfermedad de Células Falciformes
- Problemas sinusales
- Derrame Cerebral
- Problemas de Tiroides
- Ulceras

Si No **Alergias**

- Aspirina
- Codeina
- Anestésicos Dentales
- Eritromicina
- Joyería
- Latex
- Metales
- Penicilina
- Tetraciclina

Si No **Solo Para Mujeres**

- ¿Está Tomando Pastillas Anticonseptivas?
- Esta Embarazada? Si es asi, # de Semanas \_\_\_\_\_
- ¿Estás amamantando?

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## Historia Confidencial

*\* Como una instalación federal, estamos obligados a hacer las siguientes preguntas para los propósitos de presentación de informes. Esto es sólo para uso estadístico y su información personal no será liberada a ninguna parte externa. Esta sección es opcional.*

**Identidad de género– ¿Cuál es su sentimiento interno de su género? ¿piensa de usted mismo como:**

- Hombre
- Mujer
- Transexual Masculino/Mujer a Hombre
- Transexual Femenino/Hombre a Mujer
- Otro
- Niego a Responder

**Orientación Sexual– Cómo identifica su atracción física y emocional hacia los demás? ¿piensa de Usted mismo como:**

- Derecho (no gay o lesbiana)
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Algo más
- No sé
- Niego a Responder

Por favor, describa cualquier tratamiento médico actual, incluyendo medicamentos, cirugía pendiente, lesiones recientes o cualquier otra información que el/la dentista debe saber y no se discutió anteriormente:

---

---

### Queja Dental Principal:

Por favor enumere

---

TIENE PROBLEMAS CON EL DOLOR DENTAL O PARA CONTROLAR EL DOLOR DENTAL ACUTALMENT.....SI NO

SI ES ASI – QUE TAN GRAVE ES EN UNA ESCALA DEL 1-5, CON 5 SIENDO PEOR..... 1 2 3 4 5

Certifico que he leído la información antedicha y es verdad a lo mejor posible de mi conocimiento. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las investigaciones establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No hare a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, responsable de los errores u omisiones que pueda haber hecho en la terminación de este formulario. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de mi deuda restante, si las hay. También autorizo al centro de salud de la comunidad o a mi compañía de seguros a que libere cualquier información requerida para procesar cualquier reclamación. Por la presente consiento al paciente nombrado arriba, cuyo nombre aparece en este formulario, recibiendo atención médica considerablemente aconsejada por el profesional médico que atiende al Centro de Salud de la Comunidad (CHCCMO).

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha



---

## Consentimiento Informado Para Anestésicos Locales

---

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

Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Este formulario de consentimiento está diseñado para hacerle consciente de los riesgos involucrados con la anestesia local que se utiliza comúnmente antes del tratamiento dental. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- Los riesgos de los cuales la anestesia pueda afectar a su cuerpo son tales como mareos, náuseas, vómitos, ritmo cardíaco acelerado, ritmo cardíaco lento o varios tipos de reacciones alérgicas. Cualquiera o todos estos pueden requerir tratamiento médico adicional o hospitalización y en casos muy raros podría resultar en la muerte.
- Abertura de boca restringida durante la recuperación, a veces relacionada con el dolor muscular en el sitio de la inyección, que a menudo se resuelve después de unos días, pero puede requerir fisioterapia.
- La anestesia local puede causar entumecimiento prolongado que, en algunos pacientes, puede resultar en lesiones por morder, masticar o succionar un área como el labio, la mejilla, la lengua o cualquier otra área que haya recibido la anestesia.
- Es posible que se lesionen los nervios y pueden causar dolor, entumecimiento, hormigueo u otras alteraciones sensoriales en la barbilla, el labio, la mejilla, las encías o la lengua. Mientras que normalmente el desgaste después de algunas horas, esto puede persistir por varias semanas, meses, o raramente, sea permanente. Si usted todavía está entumecido 24 horas después de su cita, por favor contactese con nosotros y así podemos iniciar el seguimiento apropiado.
- La anestesia local se administra con una aguja muy fina. En casos muy raros estas agujas pueden romperse y ser alojadas en tejido blando, especialmente si un paciente se mueve mientras se le está dando anestesia. Esto puede requerir que el paciente sea visto por un cirujano oral para sacar la aguja.
- La formación de un Hematoma (descoloración grande en la piel) puede causar la descoloración del tejido, hinchazón, dificultades en abertura/cerrar de la quijada, dolor y/o la ticsura.

He leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los artículos, incluyendo todas mis preguntas no han sido explicadas o contestadas a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en esta forma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Interprete

\_\_\_\_\_  
Fecha



---

## Consentimiento Informal Para Procedimientos Odontológicos Generales

---

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

Fecha de nac: \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar el tratamiento dental recomendado por su dentista. Antes de consentir el tratamiento, usted debe considerar cuidadosamente los beneficios y los riesgos comúnmente conocidos por causa del procedimiento recomendado, tratamientos alternativos, o la opción de no recibir tratamiento.

No consienta al tratamiento a menos, y hasta que usted discuta los beneficios, los riesgos, y las posibles complicaciones con su dentista y todas sus preguntas sean respondidas. Al consentir el tratamiento, usted está reconociendo su voluntad de aceptar riesgos y complicaciones conocidos, no importa cuán leve sea la probabilidad de ocurrencia.

Es muy importante que usted proporcione a su dentista información precisa antes, durante y después del tratamiento. Es igualmente importante que siga los consejos y recomendaciones de su dentista con respecto a los medicamentos, las instrucciones de pre y post tratamiento, los referidos a otros dentistas o especialistas, y seguimiento para las citas programadas. Si usted no sigue el consejo de su dentista, usted puede aumentar las probabilidades de un resultado deficiente.

Ciertas afecciones cardíacas pueden crear un riesgo de complicaciones graves o fatales. Si usted tiene una afección cardíaca o soplo cardíaco, avise a su dentista inmediatamente para que pueda consultar con su médico (o de!ta!paciente) si es necesario.

El paciente es una parte importante del equipo de tratamiento. Además de cumplir con las instrucciones proveídas por esta oficina, es importante reportar cualquier problema o complicación que experimente para que pueda ser atendido por el dentista.

Si usted es una mujer que está tomando pastillas anticonceptivas, debe considerar el hecho de que los antibióticos pueden hacer que los anticonceptivos sean menos eficaces. Por favor consulte con su médico antes de tomar medicamentos anticonceptivos por si su dentista decide recetar o si ya está tomando algún antibiótico.

Este formulario está diseñado para proporcionarle una visión general de los riesgos y complicaciones potenciales de su o el procedimiento dental del paciente mencionado anteriormente. No firme este formulario ni acepte el tratamiento hasta que haya leído, entendido y aceptado cada término de este consentimiento para los procedimientos dentales generales. Por favor discuta con el dentista los posibles beneficios, riesgos y complicaciones del tratamiento recomendado. Asegúrese de que sus preguntas hayan sido respondidas a su satisfacción por el dentista antes de comenzar el tratamiento y firmar este consentimiento informal para los procedimientos dentales generales.

**Procedimientos Dentales:** El paciente con el nombre anterior (o \_\_\_\_\_, padre o guardian legal de! paciente nombrado anteriormente), autoriza a CHCCMO y su personal dental para realizar los siguientes procedimientos dentales y/o tratamiento en el paciente, incluyendo, pero no limitado a: examinación dental, profilaxis dental, tratamiento de! fluoruro, radiografias, restauraciones, terapia periodontal tal como escalamiento y cepillado de raiz, terapia pulpar primaria del diente, colocación de las coronas de acero inoxidable en la dentición primaria o permanente, alveoplastia, extracciones, Frenectomia, coronas, puentes, terapia endodonticas, mantenimiento del espacio, fabricación de aplicaciones desprendibles, y \_\_\_\_\_.

**Riesgos de! procedimiento dental:** Incluye, pero no se limitan a dolor, hinchazón y malestar, infección, sangrado, lesion del nervio, coagulos de sangre, dientes rotas o agrietados, reacciones alergicas, dolor de la boca, labios, encias y dientes, entumecimiento, fiebre, nauseas y vómitos.

**Exposición ocupacional:** Doy mi consentimiento a dar una muestra de sangre o del paciente mencionado para realizar pruebas que incluyen, pero no se limitan a, el VIH y los anticuerpos de la hepatitis. Entiendo que el examen de sangre sólo se realizara si un trabajador de la salud tiene una perforacion de aguja accidental o una exposición de la membrana mucosa a la sangre y el liquido corporal del paciente. Entiendo que el examen se llevara a cabo en el orden de mi o el equipo medico de! paciente mencionado anteriormente y los resultados se daran a conocer al dentista. La clinica dental de CHCCMO proporcionara los resultados de tales pruebas a mi y a cualquier otra entidad segun requerido por la ley. Autorizo la liberación de los datos apropiados necesarios para procesar las pruebas. Entiendo que no habra ningun costo para mi por este analisis de sangre.

**Ninguna garantía:** Entiendo que no se ha hecho ninguna garantía en cuanto al resultado final de cualquier procedimiento.

**Consentimiento de! paciente:** He leído y entiendo cornplamente este consentimiento. Reconozco que el dentista ha explicado los riesgos comunmente conocidos como resultado del procedimiento recomendado, tratamientos alternativos o la opción de ningun tratamiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los artículos, incluyendo todas mis preguntas no han sido explicadas o contestadas a mi satisfacción o si no entiendo ninguna de las palabras contenidas en esta forma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relacion con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Interprete

\_\_\_\_\_  
Fecha