

Central Carolina Dental Program  
Keller Health Sciences Building  
1815 Nash Street  
Sanford, NC 27330  
Teléfono: (919) 777-7780  
Fax: (919) 777-7788  
Email: dentalprograms@cccc.edu



**Proporcione a la recepcionista una identificación con foto, por favor**

Por favor escriba la siguiente información:

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (2do nombre) (Apellido)

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Origen Étnico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_ para divulgar mi información medica adquirida en la clínica dental de Central Carolina.

En caso de emergencia llamar a:

1. Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

2. Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Apoderado)

**Central Carolina Community College**  
**Programa de Higiene Dental**  
**Permiso y Acuerdo**

Favor de leer con cuidado la siguiente información. Firmar este documento significa que usted entiende este acuerdo, que consiente a las condiciones de este acuerdo, y que TODAS sus preguntas respecto a este permiso y acuerdo han sido contestadas a su satisfacción.

Después que ha leído este Permiso y Acuerdo, favor de firmar su nombre abajo, indicando aceptación de las condiciones de este acuerdo.

1. Como adulto capaz, me acuerdo en permitir que los estudiantes, la facultad y el personal del Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College provean cuidado dental a mí, al hijo o a una persona bajo tutela legal según aplicable.
2. Entiendo que todas las personas no pueden ser aceptadas como pacientes del Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College. Puede ser que personas con condiciones médicas complicadas, límites rígidos de tiempo, y necesidades extremadamente difíciles de cuidado dental no sean aceptadas. Como paciente del Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College, entiendo que el recibir el cuidado de higiene dental no garantiza tratamiento dental futuro.
3. Entiendo que como paciente del Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College, los estudiantes del Programa bajo la supervisión directa de la facultad de la clínica proveerán todo el tratamiento.
4. Entiendo que el cuidado de la Clínica de Higiene Dental toma más tiempo que en una oficina privada dental. También entiendo que las citas pueden ser de hasta cuatro horas y que debo estar preparado para visitas múltiples para completar mis necesidades de cuidado dental o las de mi hijo o persona bajo tutela legal.
5. Entiendo que el Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College reserva el derecho de discontinuar tratamiento por cualquier razón apropiada, tal como cancelaciones excesivas. En tales casos, el paciente o padre/guardián se acuerda en aceptar responsabilidad total de buscar otro cuidado dental profesional. Se enviará una carta informando al paciente o padre/guardián que el tratamiento está siendo discontinuado. Todos los récords respecto al tratamiento y la diagnosis de los pacientes son propiedad del Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College. Los récords y radiografías serán copiados al recibir petición escrita.
6. **\*\*Entiendo que se espera que yo pague el tratamiento que recibo y que el Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College reserva el derecho de cambiar las cuotas en cualquier tiempo, para cualquier tratamiento que todavía no ha comenzado. Durante mi cuidado dental complicaciones imprevistas o condiciones nuevas pueden surgir que pueden resultar en un costo mayor. Además, entiendo que en caso de que mi tratamiento llegue a ser demasiado complicado para un estudiante de higiene dental, puede ser necesario que yo sea mandado a una oficina privada o clínica para que reciba el cuidado que necesito. Si tal situación ocurra, entiendo que necesitaré buscar cuidado adicional fuera del colegio.**
7. Entiendo que todos los procedimientos dentales tienen ciertos riesgos, incluyendo posibles efectos secundarios de algunas medicinas usadas en odontología y que estos riesgos incluyen pero no se limitan a:
  - a) Reacciones alérgicas
  - b) Cortes / Abrasiones
  - c) Sensibilidad / Hematoma resultada de inyecciones
  - d) Dientes sensitivos
8. Entiendo que por aceptar tratamiento del Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College también consiento a citas futuras adicionales con el propósito de evaluar la calidad y longevidad del tratamiento dental provisto a mí, a mi hijo o a una persona bajo mi tutela legal.

El Programa de Higiene Dental de Carolina Community College es autorizado por este medio a usar cualesquier récords de tratamiento, radiografías, o fotos para propósitos de enseñanza o investigación, incluyendo su uso en jornales científicos. Los nombres de los pacientes no serán usados o divulgados en conexión con tal uso.

Por firma abajo, indico que entiendo las condiciones del acuerdo de permiso, y que tengo la autoridad legal de dar este permiso del paciente (si no sea yo mismo). Por este medio doy permiso al Programa de Higiene Dental de Central Carolina Community College a llevar a cabo aquellas tareas, incluyendo anestesia local, necesarias o apropiadas para examen dental, diagnosis, y tratamientos apropiados.

Todas mis preguntas respecto a este permiso y acuerdo han sido contestadas. Me han provisto una copia de este acuerdo para mi referencia.

**\*\*Actualmente, no hay cuotas para tratamientos o materiales \*\***

---

Firma del Paciente/ Padre o Guardián Legal

---

Fecha

---

Testigo

## Central Carolina Dental Center

### HIPAA

#### **Permiso para Propósitos de Tratamiento, Pago y Operaciones de Cuidado de Salud**

Doy permiso al uso o divulgaciones de mi información protegida de salud por el Central Carolina Dental Center para los propósitos de diagnosticar o proveer tratamiento a mí, obtener pago de mis facturas de cuidado de salud o hacer operaciones de cuidado de salud. Mi “información protegida de salud” significa información médica, de facturación y demográfica acerca de mí colectada de mí y creada o recibida por el Central Carolina Dental Center para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. **Entiendo que la diagnosis o el tratamiento de mí por el Central Carolina Dental Center pueden ser condicionados sobre mi permiso como evidenciado por mi firma de este documento.**

Entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción respecto a cómo mi información de salud es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado de salud de la clínica. Al Central Carolina Dental Center no se le requiere consentir a las restricciones que yo pueda pedir. Sin embargo, si Central Carolina Dental Center consienta a una restricción que yo pido, la restricción es obligatoria al Central Carolina Dental Center.

Tengo el derecho de revocar este permiso, por escrito, en cualquier tiempo. La revocación será efectivo al recibirla, excepto al grado que Central Carolina Dental Center haya tomado acción a base de este permiso.

Entiendo que tengo derecho de examinar el Aviso de Prácticas de Confidencialidad de Central Carolina Dental Center antes de firmar este documento. El Aviso de Prácticas de Confidencialidad de Central Carolina Dental Center ha sido provisto a mí. El Aviso de Prácticas de Confidencialidad describe las clases de usos y divulgaciones de mi información protegida de salud que ocurrirán en mi tratamiento, pago de mis facturas o en la ejecución de operaciones de cuidado de salud de Central Carolina Dental Center. El Aviso de Prácticas de Confidencialidad de Central Carolina Dental Center también se provee en el sitio del Internet de Central Carolina Community College Dental Programs bajo patient admissions a [www.cccc.edu](http://www.cccc.edu). Este Aviso de Prácticas de Confidencialidad también describe mis derechos y las responsabilidades de Central Carolina Dental Center respecto a mi información protegida de salud.

Central Carolina Dental Center reserva el derecho de cambiar las prácticas de confidencialidad que se describen en el Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Puedo obtener un aviso revisado de prácticas de confidencialidad por ir al sitio del Internet de Central Carolina Community College, por llamar a la oficina y pedir que una copia revisada me sea enviada por correo o por pedir una al tiempo de mi próxima cita.

---

Firma de Paciente o Representante Personal

---

Nombre del Paciente o Representante Personal

---

Fecha

---

Descripción de la Autoridad del Representante Personal

Central Carolina Community College  
Programas Dentales  
1815 Nash Street  
Sanford, NC 27330

Estimado Paciente,

Es la meta de los programas dentales de CCCC servir a la comunidad al darle a sus estudiantes experiencias clínicas significativas que les permitirá unirse a la fuerza laboral dental y continuar sirviendo a la comunidad. Para conseguir esta meta, el programa dental de CCCC ha instituido la siguiente política de cancelación:

- Si falta a una cita programada y/o cancela con menos de 24 horas de anticipación, no podremos programar una nueva cita hasta después de seis (6) meses.
- Si falta a una cita programada y/o cancela con menos de 24 horas de anticipación por segunda vez, no podremos programar una nueva cita hasta después de un (1) año.
- Si falta a una cita programada y/o cancela con menos de 24 horas de anticipación por tercera vez o si ha faltado o cancelado a tres citas con más de 24 horas de anticipación dentro de un periodo de seis (6) meses no podremos volver a programar citas para usted en el futuro.

Si tuviera preguntas acerca de esta política, por favor llame 919-777-7780.

Sinceramente,  
Programas Dentales CCCC

Firma del  
Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Vista General de Cuidado Completo de Higiene Dental

Usted ha sido evaluado y clasificado para tratamiento en la Clínica de Higiene Dental por un estudiante de higiene dental. Durante el curso de su tratamiento de higiene dental, se le avisará respecto a sus necesidades dentales futuras. El tratamiento entero de higiene dental será completado, a menos que sea de otra manera especificado durante el proceso de evaluación y planificación de tratamiento. Sin embargo, pues somos autorizados a proveer sólo servicios de higiene dental, **no podemos garantizar que todo su tratamiento dental será completado en el Colegio.** Se le mandará a un dentista privado o una clínica de salud pública para cualquier cuidado adicional que sea necesario.

Lo que está incluido en lo que se ofrece en **cuidado de higiene dental completo** en el estado de Carolina del Norte que también puede ser experimentado aquí en la clínica del Colegio incluye:

1. Limpieza oral completa incluyendo instrucciones para cuidado preventivo en casa.
2. Aplicación de agentes preventivos a estructuras orales.
3. Exposición y procesamiento de radiografías.
4. Administración de medicamentos recetados por un dentista licenciado.
5. Preparación de modelos dentales para diagnóstico.
6. Récorde escritos de condiciones orales para interpretación por el dentista.

Se puede llevar a cabo funciones adicionales cuando se creen apropiadas durante el proceso de planificación del tratamiento. Estas funciones, en la lista que sigue, serán hechas *según las necesidades* de cada paciente:

1. Hacer impresiones para modelos dentales.
2. Aplicación del sellador.
3. Cementación de restauraciones temporales usando cementos temporales.
4. Remoción del exceso de cemento.
5. Colocación y remoción de restauraciones temporales.
6. Aplicación de líquidos insensibilizadores.
7. Procedimiento de evaluación y sondeo periodontal.
8. Exploración debajo de las encías para remoción de depósitos duros o blandos.
9. Riego de los aveólos.
10. Aplicación de agentes antimicrobianos o antibióticos reabsorbibles aveolar.
11. Ajustes extra-orales de restauraciones o aparatos temporales.

---

Firma del Paciente/Padre o Guardián Legal

---

Fecha

---

Testigo

## **Programa de Higiene Dental**

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES**

Los Programas Dentales de Central Carolina Community College son una institución de instrucción con un compromiso a la educación de profesionales de cuidado de salud. Los adultos y niños que reciben cuidado en nuestros programas clínicos son participantes vitalmente importantes en este proceso. Por eso, esperamos hacer que su experiencia sea saludable y satisfactoria.

Nos comprometimos a la calidad más alta de cuidado. Para hacer esto, el paciente o los padres de los pacientes, y los profesionales dentales tienen que cooperar para desarrollar las relaciones mejores. Una mejor comprensión de su condición oral y sus derechos y responsabilidades en el tratamiento de aquella condición contribuirá a mejor cuidado y mayor satisfacción para todos. Nos damos cuenta de que ningunas reglas jamás pueden describir completamente la relación especial que existe entre usted y su proveedor estudiantil de higiene dental. El propósito de este folleto es aumentar la confianza mutua, cooperación, y respeto que rodea aquella relación.

### **SUS DERECHOS COMO PACIENTE**

USTED COMO PERSONA – No solamente nos interesamos en proveerle los servicios de higiene dental, sino también en reconocer y respetar su dignidad como un ser humano. Usted puede esperar ser tratado con consideración y respeto no importa su raza, religión, origen nacional, edad, impedimento, o sexo.

SERVICIOS QUE NECESITA –Le informaremos respecto a lo que podemos y no podemos proveer y ayudar en hacer remisiones para tratamiento en otro lugar. También le informaremos de la necesidad y disponibilidad de citas. Cuando termine su relación con el colegio, por cualquier razón, le informaremos respecto a sus necesidades de tratamiento adicional.

COMPRENDIENDO SU PLAN DE CUIDADO – Usted tiene derecho a una explicación clara de sus problemas dentales, cuál tratamiento es recomendado, cuáles son las alternativas tal como cualesquiera riesgos que hay, quién proveerá su cuidado, y aproximadamente cuánto tiempo tomará. También se le explicarán las complicaciones encontradas durante la terapia que pueden cambiar su plan de cuidado o afectar el resultado de su tratamiento. Si está recibiendo servicios de higiene dental de nuestro colegio, puede esperar a menos una cita adicional unos meses después de que el tratamiento haya sido completado. Es nuestra manera de asegurar que el tratamiento se provea en el colegio de higiene dental de manera satisfactoria, y averiguar si se necesita cuidado adicional.

PERMISO Y RECHAZO DE TRATAMIENTO – Usted tiene del derecho de participar en las decisiones respecto a su tratamiento dental y recibir contestaciones de cualesquier preguntas antes de hacer una decisión. Cualquier tratamiento que recibe se conformará a las normas apropiadas de cuidado. Usted también puede rechazar tratamiento y esperar ser informado respecto a las consecuencias posibles de su decisión. Si su rechazo no esté de acuerdo con las normas buenas de cuidado, se le podrá dejar a usted la decisión de buscar tratamiento fuera de la Clínica de Higiene Dental, y usted podría ser considerado para ser despedido como paciente.

CONFIDENCIALIDAD – Se harán las discusiones respecto a su cuidado con tanta consideración para su confidencialidad como sea posible. Una copia de su record de tratamiento no será emitida sin su permiso escrito, excepto según requerido por un corredor de aseguranzas o por ley.

---

Firma de Paciente/Padre o Guardián  
Legal

---

Fecha

---

Testigo

## SUS RESPONSABILIDADES COMO PACIENTE

Como paciente o padre de un paciente en nuestro programa, sus responsabilidades son:

Compartir honesta y completamente información respecto a su historial médico y dental, enfermedades previas, hospitalizaciones, exposición a enfermedades comunicables, información acerca de medicamentos que toma, alergias, y su cuidado médico actual.

Dejarnos saber cuando hay cambios en su condición general de salud, o si experimente complicaciones o dolor extraordinario después de un procedimiento de tratamiento.

Hacer preguntas para que usted pueda entender mejor la naturaleza de su condición dental y el tratamiento provisto.

Seguir las instrucciones que se le dé, estar disponible para servicios que necesita, y estar presente para sus citas.

Estar disponible a menos la mitad de un día por semana, comenzando o a las 9:00 a.m. para una cita de la mañana o a la 1:00 p.m. para una cita de la tarde; y si usted es padre de un paciente menor de 18 años, estar disponible durante la cita entera de tratamiento.

Dar a menos 24 horas de aviso cuando cancele una cita.

Llegar a tiempo para la visita dental de usted, o de su hijo.

Buscar cuidado rutinario de otro proveedor (tal como un dentista privado), una vez que el curso del tratamiento prescrito y la cita adicional sean completados. Usted puede, por supuesto, buscar tratamiento de higiene dental aquí en el futuro si se necesite.

Ser considerado y respetuoso de otros pacientes, y de los estudiantes, facultad y personal de Central Carolina Community College.

Si tiene algunas preguntas, preocupaciones o problemas con su tratamiento, favor de llamar a (919) 777-7780, lunes a jueves, de 8:00 a.m. hasta 4:00 p.m.

---

Firma de Paciente/Padre o Guardián  
Legal

---

Fecha

---

Testigo

Rev. 09-19



**CENTRAL  
CAROLINA**  
COMMUNITY COLLEGE  
**HEALTH SCIENCES**

**AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**RECONOCIMIENTO DE RECIBO**

Reconozco que recibí una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

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