

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
o Sr. Apellido		Nombre	
o Sra.		Segundo Nombre	
o Srita.			
Dirección de Casa (Número y Calle)		Dirección Postal (si es diferente)	
Ciudad	Estado	Código Postal	Paciente Empleado de
Teléfono de Casa ()	Teléfono del Trabajo ()	N.º de Ext. ()	Fecha de Nacimiento
		Número de Seguro Social del Paciente -- --	
Raza (marque una opción): <input type="checkbox"/> Indio americano o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái <input type="checkbox"/> Otro indígena de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sin Declarar/Se Negó a Declarar			
¿Cuál es su origen étnico? <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Sin Declarar/Se Negó a Declarar	Tamaño de su Familia (por hogar)	Ingreso anual del hogar	Idioma Principal
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana u Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana ni homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Elige no declararlo	Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre a Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer a Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elige no declararlo		
¿Es Ciudadano Estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Trabajador Temporal Agrícola y Migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Indigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es Ciudadano Naturalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En Caso de Emergencia, Notifíquese a	Relación con el Paciente	Teléfono del Trabajo N.º de Ext. () ()
		Teléfono de Casa ()	
¿Hay alguna otra persona autorizada para traer a su hijo a una consulta? [Nombre y Relación con el Paciente]			

¿Esta persona cuenta con autoridad legal para dar el consentimiento para un tratamiento y para recibir información médica protegida sobre su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
AVAL, PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO			
o Sr. Apellido		Nombre	
o Sra.		Segundo Nombre	
o Srita.		Relación con el Paciente	
Dirección de Facturación (si es diferente a la del paciente)		Teléfono de Casa ()	
Ciudad		Estado	
Código postal			
Empleado de	Puesto o Departamento del Empleo	Teléfono del Trabajo N.º de Ext. () ()	
Dirección del Empleador (Calle y Número)	N.º de Seguro Social del Aval	Fecha de Nacimiento del Aval	
Ciudad	Estado	Código Postal	
INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO			
Compañía de Seguros Primaria	Número de Grupo	Identificación del Suscriptor	
Nombre del Suscriptor	Fecha de Nacimiento del Suscriptor	Nombre y Número del Plan	
INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO			
Compañía de Seguros Secundaria	Número de Grupo	Identificación del Suscriptor	

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Antecedentes Clínicos Personales:

Marque sí o no para indicar si ha tenido alguna de las siguientes afecciones (*encierra en un círculo para agregar información necesaria*):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | SIDA o VIH Positivo | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Problemas o Cirugías del Corazón |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Trastorno de déficit de atención (TDA) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hemofilia/Sangrado anormal/Enfermedades de la Sangre |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Anafilaxia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hepatitis A/B/C |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Anemia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Herpes |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Ansiedad | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Alta |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Artritis, Reumatismo | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Vacunas |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Articulaciones artificiales
(Cadera/Rodilla/Hombro) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enfermedad o disfunción renal |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Asma | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enfermedad hepática |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Atopia (propenso a las alergias) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Alergias a ciertos materiales
(látex/lana/metal/sustancias químicas) |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Espectro Autista | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Trastornos Neurológicos |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Problemas de espalda | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tratamiento de radiación |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enfermedades de la sangre | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Pérdida o aumento rápido de peso |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Cáncer: _____ | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enfermedad respiratoria/EPOC/Dificultad para respirar |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Quimioterapia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática/Escarlatina |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Problemas circulatorios | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Herpes Zóster |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tratamientos con cortisona | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Espina Bífida |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tos con sangre | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Apoplejía |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tos persistente | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Implante quirúrgico |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Demencia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hinchazón de pies o tobillos |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Depresión | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enfermedad o disfunción de la tiroides |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Diabetes | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tabaquismo |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Diálisis | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Amigdalitis |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Convulsiones/Epilepsia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Desmayos | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Úlceras o Colitis |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Glaucoma | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enfermedad venérea/ETS |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza/Migrañas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Otra afección médica que no esté en la
lista: _____ |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Soplo cardiaco/Prolapso de la Válvula Mitral | | |

Mujeres: ¿Está embarazada? Sí No ¿Está amamantando? Sí No ¿Toma Anticonceptivos? Sí No

Tratamiento para la Osteoporosis/Ingesta de Bisfosfonato:

¿Está en tratamiento para la osteoporosis (píldoras, inyecciones o cualquier otro tipo)? Sí No

Si la respuesta es sí, mencione el nombre del medicamento y/o tratamiento: _____

Fecha de la última dosis y/o del último tratamiento: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Fecha de la última visita: _____

Antecedentes Dentales Personales:

Indique su inquietud principal: _____

¿Tiene algún malestar dental el día de hoy? Sí No

Marque sí o no si tiene o ha tenido problemas con lo siguiente.

Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Mal aliento	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tratamiento periodontal
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sangrado de las encías	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sensibilidad al frío
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dolor/ruidos en la mandíbula del tipo estallido o clic	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sensibilidad al calor
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Acumulación de comida entre los dientes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sensibilidad a lo dulce
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Rechinar o apretar los dientes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sensibilidad al morder
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dientes flojos o empastes rotos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Úlceras o tumores en la boca

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con que frecuencia usa hilo dental? _____

¿Cómo se siente con respecto a la apariencia de sus dientes? _____

¿Ha tenido una reacción adversa durante o al mismo tiempo que un procedimiento médico o dental? Sí No

Si la respuesta es sí, explique: _____

Otra información sobre su salud dental o tratamientos previos: _____

Mencione los medicamentos que toma actualmente: _____

Mencione las alergias que sepa que tiene: _____

Mencione las visitas al hospital/cirugías: _____

¿Consume drogas como marihuana (cannabis), cocaína, heroína, etc.?

Nombre	Lo Consumía Anteriormente	Lo Consume Actualmente

_____ (Iniciales del paciente) Recibí una copia de la Hoja Informativa de Materiales Dentales tal como lo exige la ley.

Autorización:

Revisé la información de este cuestionario y a mi leal saber y entender es correcta. Entiendo que el dentista usará esta información para ayudar a determinar el tratamiento dental adecuado y saludable. Si hay algún cambio en mi estado médico, informaré al dentista al respecto.

Autorizo a la compañía de seguros que se indica en este formulario a pagar al dentista todos los beneficios del seguro por los servicios prestados que, de otro modo, se me pagarían a mí. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones del seguro. Autorizo al dentista a revelar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague el seguro o no.

Nombre del Paciente o Padre/Tutor en
Letra de Imprenta

Firma del Paciente o Padre/Tutor

Fecha

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.



Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Por medio del presente documento, el abajo firmante, como paciente mencionado o como padre, tutor o representante legal del paciente mencionado, autoriza el tratamiento para el paciente de parte de Western Sierra Medical Clinic (WSMC), sus proveedores dentales y personal dental.

El tratamiento puede incluir cualquier revisión, radiografía, prueba o procedimiento médico necesarios que un proveedor dental de WSMC considere pertinente, a su juicio, que el personal dental de WSMC realice para el paciente mencionado. Entiendo y reconozco que esta autorización se da con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o procedimiento que se requiera para dar consentimiento específico a cualquiera y todos los diagnósticos, tratamientos o procedimientos que el proveedor dental de WSMC, a su juicio, pueda considerar conveniente para el paciente mencionado.

Entiendo que el paciente mencionado puede hacer preguntas y debe recibir respuestas, y también puede rechazar el tratamiento en cualquier momento.

Esta autorización permanecerá vigente por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito.

**Firma del Paciente, Padre, Tutor o
Aval o Representante Legal**

Nombre Completo en Letra de Imprenta

Fecha

Entiendo que Western Sierra Medical Clinic estableció una política de “Inasistencias” como parte de su compromiso de brindar atención de calidad a todos los pacientes de la clínica. Una “Inasistencia” es cuando cancelo una cita con menos de 24 horas de anticipación o no me presento a una cita programada.

Para todos los servicios dentales, entiendo que después de dos “Inasistencias” en un año, no podré programar otra cita y podrían no permitirme recibir atención en WSMC.

Entiendo que es crucial para mi salud oral que asista a mis citas programadas y que llegue a tiempo; 15 minutos antes o más temprano. También reconozco como parte de mi compromiso que, en caso de no poder asistir a mi cita, debo notificar a WSMC al menos 24 horas antes de mi cita programada. De esta forma, otros pacientes de WSMC pueden usar el espacio destinado para la cita a la que usted no asistió para recibir la atención que necesitan.

Nos gustaría agradecerle de antemano por su comprensión y cumplimiento de nuestras políticas de programación de citas que ayudan a mejorar nuestra capacidad para brindar atención a nuestra comunidad. WSMC lo aprecia como paciente y estamos comprometidos a atender sus necesidades de salud oral.

La atención médica eficaz requiere que tanto usted como nosotros pongamos de nuestra parte. Esperamos trabajar con usted. Háganos saber si quiere analizar algún aspecto de esta política de “Inasistencia”.

Recibí, leí y entiendo las políticas de la WSMC sobre las “Inasistencias”.

**Nombre del Paciente o Padre/Tutor
en Letra de Imprenta**

Firma del Paciente o Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Paciente en Letra Molde: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

La mayoría de estos consentimientos, políticas y divulgaciones mencionan un número de página en el "Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes"

Aviso de Prácticas de Privacidad

_____ (Iniciales del Paciente) El Aviso de Prácticas de Privacidad de la Western Sierra Medical Clinic (WSMC) está publicado en el vestíbulo de cada instalación de la WSMC y en el sitio web de la WSMC. Se le puede proporcionar una copia si la solicita. Leí y entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad de la WSMC.

Política de Inasistencias

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo las políticas de la WSMC sobre las "Inasistencias". **(Página 3)**

Derechos y Responsabilidades del Paciente

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente. **(Páginas 4 y 4a)**

Aviso y Acuse de Recibo del Protocolo de Recetas

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, leí y entiendo la política de la WSMC sobre sustancias controladas **(Página 5)**

Consentimiento para la Facturación, Liberación y Cesiones

_____ (Iniciales del Paciente) Todos los copagos, depósitos y cargos proporcionales se vencen y son pagaderos en el momento del registro. Autorizo que todos los pagos del seguro se realicen directamente a la WSMC. Esta autorización y cesión es un consentimiento único y permanente. Me reservo el derecho de revocar esto en cualquier momento mediante un aviso por escrito. **(Páginas 6 y 6a)**

_____ (Iniciales del Paciente) Autorizo la divulgación de la información de los formularios de reclamaciones aprobados a una compañía de seguros o una agencia autorizada, así como la divulgación de la información médica necesaria para determinar los beneficios o los beneficios por pagar por los servicios relacionados. También permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original.

Consentimiento para una Prueba en Caso de una Exposición Accidental del Proveedor de Salud a Patógenos que Potencialmente se Transmiten por la Sangre:

_____ (Iniciales del Paciente) Doy mi consentimiento para la realización de una prueba sanguínea si mi proveedor de salud se corta accidentalmente o se pincha con una aguja durante el transcurso de mi tratamiento.

Verificación de que recibí el "Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes"

_____ (Iniciales del Paciente) Recibí, entiendo y acepto toda la información del Paquete de Bienvenida para Nuevos Pacientes.

Servicios de atención médica de especialidad

_____ (iniciales del paciente) Los pacientes que tengan al menos una consulta anual con un proveedor de la WSMC con el fin de recibir atención médica primaria tienen prioridad para programar los servicios de atención de especialidad que se ofrecen mediante la WSMC. Si usted no es un paciente de atención médica primaria de la WSMC que haya tenido al menos una consulta anual con un proveedor de la WSMC, o si se transfiere a un proveedor de atención médica primaria externo, es posible que se retrase su cita para recibir atención médica de especialidad en la WSMC, como servicios de salud dental o del comportamiento, y que se le coloque en una lista de espera para recibir atención médica de especialidad. Recibí, leí y entiendo la política de servicios de atención médica de especialidad de la WSMC.

Avisos, políticas y procedimientos sujetos a cambio

_____ (Iniciales del Paciente) Los avisos, las políticas y los procedimientos anteriores están sujetos a cambio.

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales en su correo de voz? _____ Sí _____ No

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal: _____ Fecha ____/____/____

Firma del Personal de la WSMC: _____

Paquete de Bienvenida para Pacientes Pediátrico Nuevos

wsmcmed.org

¡Bienvenido a Western Sierra Medical Clinic!

Western Sierra Medical Clinic, Inc. (WSMC) ha ofrecido servicios de atención médica en nuestra comunidad desde 1979. Desde los centros de salud en Downieville y Grass Valley, añadimos un centro en Penn Valley y nos expandimos al Condado de Placer con centros en Auburn y Kings Beach-Tahoe. Aunque hemos crecido, nuestra misión de proporcionar atención médica de alta calidad, sin importar la capacidad de un paciente para pagarla, se ha mantenido constante. Contamos con un equipo de proveedores médicos, dentales y de salud mental de primer nivel que son parte de la comunidad y están comprometidos con la salud y el bienestar de cada paciente.

Información Importante del Paciente

El contenido de este paquete describe las políticas, las condiciones y los requisitos para los pacientes de WSMC. Es importante que todos los pacientes lean y confirmen su aceptación de las políticas, las divulgaciones y los consentimientos específicos que se mencionan en el formulario de Confirmación de Pacientes Nuevos. Estos son requisitos de WSMC y de las leyes y regulaciones que rigen las operaciones del centro de salud.

Necesariamente después del horario de atención

Si tiene una necesidad después del horario de atención, puede comunicarse con un proveedor de guardia de Western Sierra Medical Clinic llamando al centro de salud donde le proporcionaron atención médica.



Junta Directiva

Presidente
Larry Allen

Vicepresidente
Scott Browne

Tesorero
Derek Williams

Secretaria
Anita Daniels

Doug McDonald

Katherine Medeiros

Phyllis Murdock

Dr. Rob Oldham

Brandon Pangman

Dr. Jon Peek

Lupe Peterson

Don Russell

Dirección Ejecutiva

Director General
Scott McFarland

¡Bienvenido a Western Sierra Medical Clinic!

Quiero darle la bienvenida personalmente a nuestro centro de salud que cuenta con todos los servicios. Durante muchos años hemos proporcionado atención médica compasiva y de calidad. Usted es un miembro esencial de nuestra comunidad y su salud nos importa.

Nuestro centro de salud ha ofrecido atención médica integral durante más de 40 años a pacientes de varias edades, condiciones y seguros. Estamos emocionados de extenderle nuestro compromiso con la atención médica de excelencia a usted.

Durante muchos años he trabajado como médica en esta comunidad con la misión de aliviar el sufrimiento y mejorar la salud. Como Directora Médica, estoy dedicada a continuar una tradición de una “*mejor salud*” para una población creciente, ¡que ahora lo incluye a usted!

Nuestro atento personal médico bien capacitado está dedicado a ayudarle a mantenerse lo más saludable posible al proporcionarle servicios de atención médica para el bienestar, atención dental, salud del comportamiento, manejo de enfermedades crónicas, farmacia y, en caso de problemas médicos inesperados, atención de urgencia.

Esperamos verle pronto.

Atentamente,

Christina Lasich, MD
Directora Médica

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.

Rev. 1-4-18

Condado de Nevada

844 Old Tunnel Road, Grass Valley, CA 95945
10544 Spenceville Road, Penn Valley, CA 95946

Condado de Placer

3111 Professional Drive, Auburn, CA 95603
12183 Locksley Lane, Suite 107, Auburn, CA 95602
Kings Beach-Tahoe, 8665 Salmon Ave., Kings Beach, CA 96143

Condado de Sierra

209 Nevada Street, Downieville, CA 95936

WSMC estableció una política de “Inasistencias” a fin de mantener la atención médica de calidad para todos los pacientes del centro de salud.

Médica

Para los servicios Médicos, una inasistencia es cuando un paciente llama y cancela una cita menos de 24 horas antes de la cita o cuando el paciente no se presenta para una cita programada.

- Después de dos inasistencias, los pacientes se pondrán en el periodo de prueba de programación de citas, lo que significa que el paciente podrá programar citas, pero deberá llamar el día anterior para confirmar la cita.
- Si el paciente no confirma la cita, se cancelará.
- Si el paciente se presenta para la cita sin confirmar, no se atenderá al paciente.
- Si el paciente no asiste para una cita que ya confirmó, se considerará dar de baja del consultorio al paciente.
- Después de que un paciente en el periodo de prueba de programación de citas demuestre un patrón de asistencia a las citas de manera constante, será considerado para su eliminación del periodo de prueba de programación de citas.

Dental

Para los servicios Dentales, después de dos inasistencias en un año (citas canceladas con una notificación con menos de 24 horas de anticipación o no presentarse a una cita programada), el paciente no podrá programar otra cita y es posible que no se le permita recibir atención en WSMC.

Salud del Comportamiento

Para los servicios de Salud del Comportamiento, si un paciente no asiste a una cita una vez, no podrá programar otra cita y, en cambio, permanecerá en estado de espera (el paciente puede venir y esperar a que se presente una vacante) o en estado de llamada antes de presentarse (llama en la mañana para ver si hay una vacante para el mismo día). Si un paciente no asiste a una cita mientras tiene el estado de llamada antes de presentarse, puede ser considerado para su baja de los servicios de Salud del Comportamiento (aunque puede recibir servicios médicos y dentales).



Western Sierra Medical Clinic (WSMC) está comprometida a ofrecer atención de calidad a nuestros clientes y sus familias. Alentamos a los pacientes a conocer sus derechos y responsabilidades que se describen a continuación:

Tiene el Derecho a:

1. Recibir atención amable, respetuosa y culturalmente adecuada con base en los estándares profesionales de la práctica.
2. Recibir servicios sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, estado civil, religión, edad, discapacidad, orientación o preferencia sexual, nacionalidad, ascendencia o diagnóstico.
3. Establecer instrucciones anticipadas y participar en la toma de decisiones ética.
4. Recibir una explicación de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico con términos y en el idioma que usted entienda.
5. Recibir la información necesaria para participar en las decisiones sobre su atención y para dar su consentimiento informado antes de que se realice cualquier procedimiento de diagnóstico o terapéutico.
6. Rechazar cualquier tratamiento, excepto si lo prohíbe la ley, y que se le informen las consecuencias de tomar esta decisión, lo cual podría incluir informar a Servicios para la Infancia, la Juventud y la Familia o a Servicios de Protección.
7. Esperar que todo el personal respete su privacidad personal.
8. Esperar que su historial médico se mantenga confidencial y que la información se divulgue solamente con su consentimiento por escrito en casos de emergencias médicas o de acuerdo con la ley.
9. Conocer la política de WSMC para acceder y divulgar la información de su historial médico y revisarlo, previa solicitud, en un momento conjuntamente determinado.
10. Recibir la explicación completa de cualquier investigación o procedimiento experimental propuesto para el tratamiento y la oportunidad de dar su consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento.
11. Conocer el nombre y la cualificación de todas las personas que proporcionan servicios y cómo contactarlas.
12. Obtener otra opinión médica antes de cualquier procedimiento.
13. Pedir que su tutor legal tenga acceso a su historial médico por escrito mediante una cita.
14. Pedir y recibir información sobre su responsabilidad financiera y una explicación de los cargos, incluidos los servicios que se cobrarán a su seguro.
15. Presentar una queja sobre los servicios proporcionados sin temer ser discriminado por WSMC, al enviar una queja escrita o llamar al Jefe de Comunicaciones de WSMC al (530) 273-4984 ext. 106, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Western Sierra Medical Clinic no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, origen étnico, religión, cultura, idioma, sexo, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, orientación sexual o identidad o expresiones de género.



Es Responsable de:

1. Proporcionar información personal, financiera, médica y del seguro precisa, que incluye todos los medicamentos y tratamientos necesarios para establecer y seguir su plan de atención.
2. Hacer preguntas si no entiende la explicación de su diagnóstico, tratamiento, pronóstico o cualquier instrucción.
3. Informar a WSMC sobre cualquier requerimiento o adaptación que necesite para satisfacer sus necesidades culturales o de idioma.
4. Seguir las reglas y reglamentos que están publicados dentro de WSMC mientras se encuentre en las instalaciones.
5. No traer consigo ningún tipo de arma cuando reciba tratamiento.
6. No dañar a otras personas, ni ser abusivo con ellas, incluido el personal de WSMC.
7. Llegar a todas sus citas programadas, hacerlo a tiempo y poder participar en el tratamiento.
8. Notificar a WSMC con 24 horas de anticipación o tan pronto como sepa que no puede asistir a una cita.
9. Informar a los profesionales de atención médica de WSMC sobre cualquier cambio en los medicamentos o el tratamiento, o cualquier reacción a los mismos.
10. Pagar inmediatamente por los servicios, incluidos los copagos y los cargos totales en efectivo en el momento de recibir el servicio.
11. Informar a WSMC sobre cualquier problema o insatisfacción con el servicio que se está proporcionando.
12. Tener las mismas cortesías hacia el personal de WSMC que usted recibe.
13. Desarrollar y participar en la planificación de su tratamiento.
14. Procurar la supervisión y seguridad de sus hijos mientras se encuentren dentro de las instalaciones.
15. Mantener informada a WSMC sobre su información de contacto actual.
16. No videografiar ni grabar a ningún miembro del personal de WSMC.



Aviso y Acuse de Recibo del Protocolo de Recetas

Como paciente nuevo en nuestro centro de salud, tenga en cuenta que su proveedor hará una evaluación integral de su salud y trabajará para crear un plan de salud que se ajuste mejor a sus necesidades de salud.

Su proveedor puede elegir recetarle o no recetarle los mismos medicamentos que pudieran haberle recetado en el pasado. Nuestros proveedores usan las mejores prácticas e información actuales para crear planes de tratamiento. Usted y su proveedor pueden estar de acuerdo en que su condición médica podría beneficiarse al recetarle medicamentos controlados. El principal objetivo de usar un medicamento controlado es mejorar su funcionamiento físico y profesional. Si no se alcanzan estas metas, se discontinuará el medicamento. El uso de medicamentos controlados puede llevar a la dependencia química y a una posible adicción. Usted y su proveedor hablarán sobre los efectos secundarios de los medicamentos y la forma en que se deben usar.

Si usted ya es dependiente de sustancias controladas, durante su primera consulta su proveedor esperará que usted envíe su orina para un examen de drogas. Su proveedor también verificará el programa de supervisión de medicamentos recetados para determinar el historial de sus actividades con medicamentos recetados durante el último año.

Si actualmente toma **Suboxone** o **Buprenorfina**, será necesario que lo remitan a nuestro programa de Tratamiento Asistido con Medicamentos (Medication-Assisted Treatment, MAT). Potencialmente, esto podría retrasar nuestra capacidad para programarle una cita de inmediato con alguno de nuestros proveedores de atención primaria.

Durante la evaluación inicial, su proveedor de WSMC puede determinar que los medicamentos que anteriormente le recetó otro proveedor no son adecuados, no son seguros o están causando más daño que beneficios. Si ese es el caso, su proveedor de WSMC le explicará las opciones del plan de tratamiento, que pueden incluir una remisión a servicios de desintoxicación, reducción de dosis, suspensión de los medicamentos, técnicas alternativas para el manejo del dolor o sustitución de los medicamentos. Si no está de acuerdo con las opciones que se le presentan, es bienvenido a buscar atención para su afección que se ha tratado con sustancias controladas en otro lugar.

Cuando se le recete una sustancia controlada en WSMC, en el momento en que le den su primera receta y de manera anual, se le pedirá que firme un acuerdo de tratamiento, el cual consiste en un acuerdo estandarizado que garantiza que está al tanto de que se espera que mantenga su medicamento seguro, que lo tome como se le indicó y que evitará situaciones potencialmente peligrosas. La copia de este acuerdo está disponible a solicitud.

Firme más abajo para dar testimonio de que ha leído esta información y que está de acuerdo en trabajar conforme a esta Política de Western Sierra Medical Clinic.

En nuestro esfuerzo continuo por proporcionar un hogar médico y continuidad en la atención, esperamos tener una relación de salud larga y mutuamente benéfica.



Responsabilidad Financiera para los Servicios del Centro de Salud (Política Crediticia)

Es responsabilidad del paciente pagar su parte de los cargos cobrados por WSMC. Esto quiere decir que los copagos se vencen y son pagaderos en el momento de la cita. Excepto cuando se indique, cualquier otro saldo debe pagarse en su totalidad en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de la cuenta.

Disposición para Pagar

Los servicios dentales u otros servicios clínicos no se le negarán a nadie en WSMC por la incapacidad para pagar en tanto que exista una "disposición" para pagar. Disposición significa un compromiso para seguir un plan de pago, según sea necesario, para pagar por cualquier saldo pendiente en un plazo de 90 días. En ausencia de que se demuestre la disposición para pagar, la cuenta del paciente se asignará a una agencia de cobro externa. Cuando una cuenta se envía para su cobro, es posible que el paciente deba pagar un depósito el día del servicio antes de que lo atiendan para futuras consultas o se le dará de baja como paciente.

Descuento para Pacientes no Asegurados

WSMC ofrece un 20 por ciento de descuento para los pacientes no asegurados si los cargos se pagan por completo en el momento de la cita.

Cargo Proporcional

Para los pacientes que califiquen, se puede aplicar un descuento de cargo proporcional para la consulta actual y para los siguientes seis meses. También se puede aplicar un descuento de cargo proporcional cuando el cargo proporcional se haya aplicado por completo para la fecha del servicio y la evidencia del seguro requerida se envíe dentro del periodo de gracia de 15 días naturales. Consulte a un miembro del personal de WSMC para cualquier pregunta sobre la escala de cargo proporcional.

Cesión

WSMC no puede cobrar a las aseguradoras en situaciones como accidentes de automóvil. Sin embargo, WSMC proporcionará información para presentar una reclamación. WSMC acepta cesiones en reclamaciones de Medicare y Medi-Cal, pero no puede garantizar que la aseguradora cubrirá los cargos.

Parte de los Cargos del Paciente

El paciente, tutor o representante es responsable de los copagos, el coaseguro, los deducibles y los cargos que no sean cubiertos o aprobados por la aseguradora del paciente, ya sea que la aseguradora esté o no contratada por WSMC. No obstante, como cortesía, las aseguradoras no contratadas pueden recibir una factura de reembolso de parte de WSMC a nombre del paciente. La cobertura del seguro puede ser confusa y el personal de WSMC está comprometida a ayudar a los pacientes a responder cualquier pregunta.



Verificación de Identidad y de Seguro

Los pacientes deben proporcionar la información correcta del seguro a WSMC y verificar su información personal actual (dirección particular, empleador, número de teléfono, tarjetas de seguro e identificación con foto) en el momento de registrarse para su cita. **Es importante que traiga una prueba de su seguro cada vez que tenga una cita. Si no lo hace, es posible que no lo reciban o que deba hacer un pago total en el momento de recibir los servicios.**

Pago

WSMC acepta efectivo, cheques y las principales tarjetas de crédito. Los cheques se deben emitir a nombre de Western Sierra Medical Clinic.

Se cobrará una cuota de \$25.00 la primera vez que el banco regrese un cheque y una cuota de servicio de hasta \$35 por cada cheque subsecuente que el banco regrese al beneficiario [Código Civil de California, sección 1719 (2003)].

Autorización para Divulgación y Cesión de Beneficios

El pago de los beneficios de Medicare, Medi-Cal, del gobierno o de cualquier otro tercero que se haga a su nombre o a nombre de todos los miembros cubiertos en su plan de seguro se hará directamente a Western Sierra Medical Clinic, por los servicios proporcionados por su proveedor de salud.

Si se indica otra cobertura de seguro en el formulario de reclamación CMS-1500 o en otra parte de otros formularios de reclamación aprobados o en las reclamaciones presentadas electrónicamente, requerimos de su firma para autorizar la divulgación de la información a la aseguradora o la agencia indicada, para divulgar información médica para determinar el beneficio o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados y para permitir que se use una copia de esta autorización en lugar de la original.

PORCELANA FUNDIDA A METAL

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

Ventajas

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

Desventajas

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

ALEACIÓN DE ORO

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

Ventajas

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

Desventajas

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

Hoja Informativa sobre Rellenos Dentales



Junta Dental de California

2005 Evergreen Street, Suite 1550, Sacramento, CA 95815

www.dbeca.ca.gov

Publicado por

California Department of Consumer Affairs

5/04

DATOS SOBRE LOS EMPASTES

Junta Dental de California

2005 Evergreen Street, Suite 1550, Sacramento, CA 95815

www.dbeca.ca.gov

Hoja Informativa sobre Materiales Dentales

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

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

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

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

*Business and Professions Code 1648.10-1648.20

Reacciones Alérgicas Contra Materiales Dentales

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

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

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

PORCELANA (CERAMICA)	ALEACIONES DE NIQUEL O COBALTO Y CROMO
<p>Porcelana es un material semejante al vidrio que se forma en empastes o coronas, usando modelos de los dientes preparados. El material es el mismo color de los dientes y se usa en incrustaciones, recubrimientos, coronas, y puentes fijos.</p>	<p>Aleaciones de níquel o cobalto y cromo son mezclas de níquel y cromo. Son de color plateado oscuro y se utilizan para coronas y puentes fijos y la mayoría de las armazones de dentaduras parciales.</p>
<p>Ventajas</p>	<p>Ventajas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad mínima de diente requiere ser extraída para los recubrimientos; más cantidad para las coronas • Porque su fuerza está relacionada con su tamaño • Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida • No se gasta la superficie pero puede causar que se gasten los dientes opuestos • Resiste escurecimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta • El material no ocasiona sensibilidad de dientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida • Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión • No se desgasta o se pudre en la boca • Cantidad mínima de diente requiere ser extraída • Resiste escurecimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta
<p>Desventajas</p>	<p>Desventajas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El material es frágil y se puede quebrar bajo la fuerza de morder $\frac{3}{4}$ Tal vez no sea recomendado para las muelas • Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> • No es color de diente; aleación es un color de metal plateado oscuro • Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles • Puede ser abrasivo a dientes opuestos • Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio • Un poco más de desgaste a los dientes opuestos.

DATOS SOBRE LOS EMPASTES

Materiales Dentales--Ventajas y Desventajas

<p>CEMENTO DE VIDRIO IONOMÉRICO</p>	<p>CEMENTO DE RESINA IONOMÉRICA</p>
<p>Cemento de vidrio ionomérico es una mezcla de vidrio y ácido orgánico que se endurece por sí sola. Es el mismo color de los dientes y varía en su estado de translucidez. Vidrio ionomérico usualmente se usa para empastes pequeños pegando con cemento metal y coronas de porcelana/metal, revestimientos, y restauraciones temporales.</p> <p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena apariencia • Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro • Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte • El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes • Usualmente se completa en una sola visita dental <p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta más que amalgama) • Uso limitado porque no es recomendado usarse en superficies de dientes permanentes en donde se muerde • Con el tiempo, este material podría hacerse áspero (roñoso) y puede aumentar la acumulación de placa dental y de la enfermedad periodontal • Se gasta relativamente pronto; suele rajarse con el tiempo y se puede discolar 	<p>Cemento de resina ionomérica es una mezcla de polímero de vidrio y resina y de ácido orgánico que endurece al estar expuesta a una luz azul usada en la oficina dental. Es el mismo color de los dientes pero más translúcido que el cemento de vidrio ionomérico. Más se usa para pequeños empastes, pegando con cemento metal y coronas y revestimientos de porcelana/metal.</p> <p>Ventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muy buena apariencia • Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro • Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte • Bueno para superficies en donde no se muerde • Se puede usar para restauraciones a corto plazo de los dientes primarios • Puede durar más que vidrio ionomérico pero no tanto como la compuesta • Resiste bien el escurecimiento • El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes • Usualmente se completa en una sola visita dental <p>Desventajas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta más que amalgama) • Uso limitado porque no se recomienda para restaurar superficies de dientes de adultos en donde se muerde • Se gusta más rápido que compuesto y la amalgama la

La Toxicidad de Materiales Dentales

La Amalgama Dental

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

La amalgama dental se hace al mezclar el mercurio elemental (43-54%) y una aleación en polvo (46-57%) compuesta principalmente de plata, estaño, y cobre. Por esta razón se han discutido los riesgos del mercurio en la amalgama dental. El mercurio se emite en cantidades muy pequeñas de vapor. Esto ha provocado algunas inquietudes en cuanto a la posibilidad de intoxicación. La investigación científica sobre la seguridad de la amalgama dental continúa. Según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hay poca evidencia que la salud de la mayoría de la población sea afectada por amalgama. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y otras organizaciones públicas de salud han investigado la seguridad de la amalgama usada para empastar dientes. La conclusión: ninguna evidencia científica ha mostrado que amalgamas causan daño a pacientes con restauraciones dentales, excepto en casos raros de alergia. La Organización Mundial de la Salud (WHO) llegó a una conclusión similar declarando: "Las restauraciones de amalgama son seguras y económicas."

Existe una diversidad de opiniones con respecto a la seguridad de amalgamas dentales. Hay dudas en cuanto a la seguridad de amalgamas en mujeres embarazadas, niños, y personas diabéticas. Sin embargo, la evidencia científica y la literatura de estudios en publicaciones científicas, evaluadas por colegas en la profesión, indican que mujeres, niños, y diabéticos quienes de otra manera están de buena salud no corren un riesgo más alto por tener amalgamas dentales adentro de la boca. La FDA no le pone ninguna restricción al uso de amalgama dental.

Resina Compuesta

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

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

Materiales Dentales--Ventajas y Desventajas

EMPASTES DE AMALGAMA DENTAL

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

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Duradera • No se gasta pronto; resiste la fuerza al morder • Relativamente económica • Generalmente se completa en una sola visita • Se sella solo; se encoge muy poco o no se encoge, y no se escurece • Tiene alta resistencia a mayor deterioro (caries) pero puede resultar difícil detectar en sus etapas iniciales • Menos frecuencia de reparación y de reemplazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)" • Color gris, no color de diente • Puede oscurecerse al corroer (dañarse); puede manchar los dientes con el tiempo • Requiere extraer parte del diente sano • En empastes más grandes de amalgama, lo que queda del diente se podría debilitar y fracturar • El conducto de temperaturas altas y bajas en el metal podría causar momentos de sensibilidad de dientes a cosas calientes y frías • El contacto con otros metales ocasionalmente puede causar una pequeña corriente eléctrica

La durabilidad de cualquier restauración dental está influenciada no sólo por el material de que está hecho de, pero también por la técnica del dentista cuando la colocación de la restauración. Otros factores incluyen los materiales de soporte usados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. La longitud de tiempo que una restauración durará es dependiente de higiene dental, cuidado del hogar, y la dieta y hábitos de masticación.

EMPASTES DE RESINA COMPUESTA

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

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Fuerte y duradera • Color de diente • Una sola visita para empastar • Resiste fracturas • Cantidad máxima del diente preservado • Poco riesgo de escurecimiento si está pegado solamente al esmalte (superficie) • No se corroe (no se desgasta o pudre) • Generalmente resiste la fuerza al morder dependiendo del producto utilizado • La resistencia a mayor deterioro (caries) es moderada y fácil de detectar • De menos a moderada frecuencia de reparación y de reemplazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)" • Frecuencia moderada de momentos de sensibilidad de dientes; el material es sensible al método de aplicación del dentista • Cuesta más que amalgama dental • El material se encoge al endurecerse y podría ocasionar mayor deterioro (caries) y/o sensibilidad de temperaturas • Requiere más de una visitas para incrustaciones, recubrimientos, y coronas • Puede gastarse más rápido que el esmalte dental • Puede escurrirse con el tiempo cuando está pegado debajo del esmalte (debajo de la superficie)

DATOS SOBRE LOS EMPASTES