El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

Bienvenido a El Dorado Community Health Centers

Nos complace que nos haya elegido para su cuidado dental. Nuestro equipo se compromete a proporcionar servicios de alta calidad centrados en el paciente en un entorno cómodo y acogedor.

Ubicaciones dentales y horario de oficina

Placerville – 4212 Missouri Flat Road, Placerville CA, 95667	
Lunes a viernes: 8:00 a.m. a 12:00 p.m., 1:00 p.m. a 5:00 p.m.	**Sábado:** CERRADO
Cameron Park 2 – 3100 Ponte Morino Dr. STE 120, Cameron Park, CA 95682	
Lunes a viernes: 8:00 a.m. a 12:00 p.m., 1:00 p.m. a 5:00 p.m.	**Sábado:** CERRADO
South Lake Tahoe – 3443 Lake Tahoe Blvd. #2, South Lake Tahoe, CA 96150	
Lunes a **viernes:** 8:00 a.m. a 12:00 p.m., 1:00 p.m. a 5:00 p.m.	**Sábado:** CERRADO

Antes de su cita

Llegue 30 minutos antes para completar el proceso de registro. Si necesita cancelar o reprogramar su consulta, llámenos con al menos 24 horas de antelación.

Qué debe traer a su primera consulta

- Medicamentos o vitaminas que esté tomando en la actualidad
- Tarjeta Medi-Cal actual o tarjeta del Programa de descuento de tarifa variable
- Identificación con foto válida (Lic. de conductor, pasaporte, identificación de estudiante)
- Cualquier documento legal, incluidas la Directiva avanzada y la documentación de tutela/patria potestad.

Seguros, copagos y pagos

Participamos con Medi-Cal. Los copagos y deducibles deben cubrirse al momento de la consulta y pueden pagarse en efectivo, con cheque o tarjeta Visa o MasterCard.

Los pacientes sin seguro médico podrían ser elegibles para recibir un descuento a través del Programa de tarifa variable (Living Fee Program). Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y en los ingresos del hogar.

Comuníquese con nosotros

Llame al 530-497-5016 si tiene alguna pregunta.

Nos complace que haya elegido a El Dorado Community Health Centers como su proveedor dental, y esperamos proporcionarle la mejor atención médica.

Atentamente,

El personal y los proveedores de El Dorado Community Health Centers.

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

HISTORIAL DE SALUD MENTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/_____

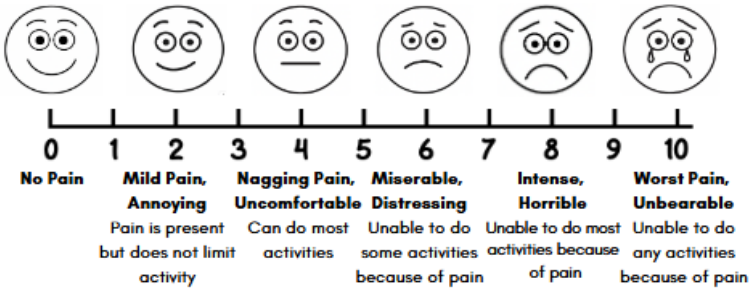
Nombre del dentista anterior: _____ Fecha de la última visita: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Seguro principal: _____ Seguro secundario: _____

Usando la siguiente escala de dolor, rodee con un círculo su nivel de dolor actual:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



	SÍ	NO
¿Tiene ansiedad por el tratamiento dental?	☐	☐
¿Ha tenido problemas con un tratamiento dental previo?	☐	☐
¿Tiene arcadas con facilidad?	☐	☐
¿Usa dentadura postiza o prótesis?	☐	☐
¿Se le queda la comida entre los dientes?	☐	☐
¿Tiene dificultades para masticar sus alimentos?	☐	☐
¿Mastica únicamente de un solo lado de la boca?	☐	☐
¿Ha notado llagas o heridas de cicatrización lenta en la boca o alrededor de ella?	☐	☐
¿Tiene los dientes sensibles?	☐	☐
¿Siente dolor cuando los dientes entran en contacto con:		
Alimentos o líquidos calientes?	☐	☐
Alimentos o líquidos fríos?	☐	☐
Ácidos?	☐	☐
Dulces?	☐	☐
¿Toma suplementos de flúor?	☐	☐
¿Aprieta o rechina los dientes?	☐	☐
¿Siente cansancio en la mandíbula con frecuencia?	☐	☐
¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	☐	☐
¿Ha escuchado alguna vez un chasquido o crujido cerca del oído al masticar?	☐	☐
¿Ronca?	☐	☐
¿Ha tomado antibióticos como medida preventiva antes de un tratamiento dental?	☐	☐
En caso afirmativo, explique: _____		
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?	☐	☐
¿Qué marca de pasta de dientes utiliza?	☐	☐
¿Cómo se siente con respecto a su sonrisa?	☐	☐

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del proveedor de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Tiene buena salud? ☐Sí ☐No Fecha del último examen físico: _____

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?
☐Sí ☐No
En caso afirmativo, explique: _____
_____

Enumere cualquier cirugía a la que se haya sometido: _____
_____

¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento de venta sin receta? ☐Sí ☐No
*En caso afirmativo, enumere todos, incluidas las vitaminas, los preparados a base de hierbas naturales o los suplementos dietéticos:*_____

¿Usa lentes de contacto? ☐Sí ☐No

Reemplazo articular: ¿Se ha sometido a una cirugía de reemplazo total de articulación (cadera, rodilla, codo o dedo)?
Fecha: _____ ¿Alguna complicación? _____

¿Ha tomado alguna vez medicamentos para prevenir la pérdida ósea, como Alendronato (Fosamax©), Risedronato (Actonel©), Boniva u otros bisfosfonatos? ☐Sí ☐No

¿Utiliza sustancias controladas (drogas)? ☐Sí ☐No
En caso afirmativo, de qué tipo y por cuánto tiempo: _____

¿Consume tabaco (cigarrillos, rapé, tabaco de mascar, bidis)? ☐Sí ☐No
En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? _____

¿Toma bebidas alcohólicas? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, ¿cuánto bebe en una semana? _____

Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:

Penicilina u otro antibiótico?	☐Sí ☐No	Metales?	☐Sí ☐No
Aspirina, Ibuprofeno (AINE)?	☐Sí ☐No	Látex (caucho)?	☐Sí ☐No
Sulfas (medicamentos con sulfa)?	☐Sí ☐No	Yodo?	☐Sí ☐No
Codeína u otros narcóticos?	☐Sí ☐No	Otras: _____	☐Sí ☐No

EDCHC
El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?

Válvula cardiaca artificial	☐Sí ☐No	Cardiopatía congénita (CHD)	
Endocarditis infecciosa previa	☐Sí ☐No	Sin reparar, cianótico (CHD)	☐Sí ☐No
Válvulas cardiacas dañadas	☐Sí ☐No	CHD reparado	☐Sí ☐No
Enfermedad cardiovascular	☐Sí ☐No	Enfisema	☐Sí ☐No
Angina de pecho	☐Sí ☐No	Problemas de senos craneales	☐Sí ☐No
Arterioesclerosis	☐Sí ☐No	Tuberculosis	☐Sí ☐No
Insuficiencia cardiaca congestiva	☐Sí ☐No	Cáncer/Tratamiento de	☐Sí ☐No
Ataque cardiaco	☐Sí ☐No	quimioterapia/radiación	
Accidente cerebrovascular o AIT	☐Sí ☐No	Dolor torácico al hacer ejercicio	☐Sí ☐No
Soplo cardiaco	☐Sí ☐No	Dolor crónico	☐Sí ☐No
Presión arterial baja	☐Sí ☐No	Diabetes tipo I	☐Sí ☐No
Presión arterial elevada	☐Sí ☐No	Diabetes tipo II	☐Sí ☐No
Otras afecciones cardiacas	☐Sí ☐No	Trastorno alimentario	☐Sí ☐No
congénitas		Desnutrición	☐Sí ☐No
Prolapso de la válvula mitral	☐Sí ☐No	Acidez estomacal / Reflujo	☐Sí ☐No
Marcapasos	☐Sí ☐No	gastroesofágico (ERGE)	
Fiebre reumática	☐Sí ☐No	Úlceras	☐Sí ☐No
Cardiopatía reumática	☐Sí ☐No	Problemas de tiroides	☐Sí ☐No
Anemia	☐Sí ☐No	Glaucoma	☐Sí ☐No
Transfusiones de sangre	☐Sí ☐No	Hepatitis, ictericia o enfermedad	☐Sí ☐No
Hemofilia	☐Sí ☐No	del hígado	
SIDA o infección por VIH	☐Sí ☐No	Epilepsia	☐Sí ☐No
Artritis	☐Sí ☐No	Episodios de desmayos o	☐Sí ☐No
		convulsiones	
Trastornos autoinmunes	☐Sí ☐No	Trastornos neurológicos	☐Sí ☐No
Artritis reumatoide	☐Sí ☐No	*En caso afirmativo, especifique:* _____	
Lupus	☐Sí ☐No	Trastorno del sueño	☐Sí ☐No
Asma	☐Sí ☐No	Trastorno de salud mental	☐Sí ☐No
Bronquitis	☐Sí ☐No	*En caso afirmativo, especifique:* _____	

SOLO PARA MUJERES ¿Está usted: Embarazada? ☐Sí, número de semanas: ____ ☐No
tomando píldoras anticonceptivas o reemplazo hormonal? ☐Sí ☐No Enfermería: ☐Sí ☐No

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN DE SALUD

Certifico que la información de salud y dental que he proporcionado es verdadera y exacta, a mi leal saber y entender. Entiendo que mi dentista y el equipo de atención dental utilizan esta información para proporcionar una atención segura y adecuada, y que debo informar al personal dental de cualquier cambio en mi historial de salud. **Iniciales:** _____

Firma del proveedor dental: _____

PROTOCOLO DE PROGRAMACIÓN DE CITAS DENTALES

Nuestro equipo dental quiere asegurarse de que usted y otras personas de nuestra comunidad puedan recibir atención dental cuando la necesiten. Debido a que los horarios de citas son limitados, le pedimos que revise y siga las siguientes reglas.

Confirmación de la cita:
Intentaremos recordarle su cita dental por teléfono o por correo. Sin embargo, usted es responsable de recordar la fecha y la hora de su cita. **Iniciales:** _____

Cancelaciones a tiempo
Si no puede acudir a su cita, debe llamarnos con al menos 24 horas de antelación. Esto nos permite asignar su horario a otro paciente. Si no da aviso con al menos 24 horas de antelación, se contará como una cita perdida. **Iniciales:** _____

Llegadas puntuales
Llegue a tiempo a su cita. Si llega con más de 10 minutos de retraso, se considerará que no ha acudido a la cita y se le puede asignar a otro paciente. **Iniciales:** _____

Citas perdidas y cumplimiento
Debido a que el acceso al cuidado dental es limitado en nuestra zona, nos tomamos muy en serio las citas perdidas.

- Después de una cita perdida, se anotará en su registro.
- Después de dos citas perdidas en el mismo año natural sin previo aviso, se le pondrá en estado de no presentación.

Para continuar recibiendo atención, se le pedirá que escriba una carta al director dental explicando:

1. Por qué faltó a su última cita
2. Por qué necesita una nueva cita
3. Que usted entiende que faltar a otra cita puede dar como resultado su baja definitiva de la clínica dental.

El Dorado Community Health Centers

Medical Tel: (530) 621-7700
Fax: (530) 621-7713
Dental Tel: (530) 497-5016
Fax: (530) 622-8908

Aviso importante para padres

Los padres o tutores de niños con caries dental no tratada deben comprender que las infecciones dentales pueden ser graves y poner en peligro la vida. Si un niño no acude repetidamente a las citas dentales programadas, se puede considerar negligencia o abuso. **Iniciales:** _____

Si tiene alguna pregunta sobre este Protocolo de programación de citas dentales, hable con un miembro de nuestro personal dental.

ACUSE DE RECIBO DE LA HOJA INFORMATIVA SOBRE MATERIALES DENTALES

Reconozco que he recibido y revisado la Hoja informativa sobre materiales dentales, la cual proporciona información sobre los materiales utilizados en mi tratamiento dental. La hoja informativa sobre materiales dentales está disponible en la recepción si se solicita.

www.dbc.ca.gov **Iniciales:** _____

RECONOCIMIENTO Y CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado en este Paquete de admisión dental es completa y exacta, a mi leal saber y entender. Entiendo que mi dentista y el equipo de atención dental utilizan esta información para proporcionar una atención segura y adecuada, y que es mi responsabilidad informar al personal dental de cualquier cambio en mi historial de salud.

Reconozco que he revisado, comprendo y acepto la información contenida en este paquete, incluido el Protocolo de programación de citas dentales. Entiendo que las secciones que requieren mis iniciales indican el reconocimiento específico de esos elementos.

Entiendo que el consultorio dental no es responsable de ningún problema o complicación que pueda derivarse de la información faltante, o bien, de proporcionar información incompleta o incorrecta.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Si fue firmado por alguien distinto del paciente, rellene lo siguiente:

Nombre en letra de imprenta: _____

Al firmar, doy fe de que tengo la autoridad, bajo la ley aplicable, para actuar en nombre del paciente con respecto a la información y el plazo descritos en esta autorización.

Autoridad legal: (seleccione una): ☐ Progenitor/tutor legal ☐ Curador
☐ Agente bajo poder legal para atención médica ☐ Albacea/Representante personal del patrimonio
☐ Otro (especifique): _____

Documentación: (adjunte si corresponde): ☐ Poder legal de atención médica ☐ Orden judicial
☐ Cartas de tutela ☐ Otro: _____