

Orofacial and Oral Medicine Center

Herman Ostrow School of Dentistry of USC

Información del Paciente

(Para ser completada por el paciente – Letra de MOLDE en tinta)

Mr. Mrs. Ms.

Apellido: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre: _____ Segundo nombre _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa () _____ Teléfono de Trabajo: () _____

Teléfono preferido: () _____

Correo electrónico: _____

Licencia de Conducir _____

California ID _____ Otro _____

Pasaporte _____ Carnet de identidad su país

Empresa Donde Trabaja: _____

Domicilio de trabajo _____

Sexo: Masculino Femenino Otro

Fecha de Nacimiento: _____

Idiomas que Habla en casa: _____

Está Usted afiliado a USC? Sí / No (por favor señale)

Si es así cómo? _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación/Parentesco: _____

Teléfono de Emergencia Teléfono () _____

Problema principal dental/razón de su visita a la Escuela de Odontología de USC: _____

Nombre de dentista que lo refirió: _____ Teléfono:() _____

Nombre oficina o clínica que lo refirió _____ Teléfono:() _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Por favor, inicie para autorizar el reporte de su consulta para que sea enviado a su médico _____

Firma del paciente (Firma del padre o tutor legal si el paciente es menor de 18 años de edad) _____

Nacionalidad: (por favor señale)

<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Afro Americano	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Natural de Alaska	
<input type="checkbox"/> Islas del pacífico	
<input type="checkbox"/> Desconocida	

Información de Seguro/Financiera

(Para ser completada por el paciente – Letra de MOLDE use tinta)

Ha sido paciente aquí antes ? Sí No Año _____

Nombre de la seguridad medica: _____ Plan # Grupo #:

Subscriber: _____ Sub # Sub Fecha de Nacimiento:

Relación con el paciente: _____

Persona Responsable de los Pagos: _____ Teléfono _____

Nombre de la seguridad dental: Delta Delta/USC Denti-Cal Otro _____

Por favor tenga en cuenta que si su seguro no paga por la cantidad total de tu tratamiento, usted puede ser responsable de cualquier co-pago o la cantidad que su seguro no cubre. Si decide tener un tratamiento que no es un beneficio cubierto, usted es responsable por el costo completo del tratamiento.

The Herman Ostrow School of Dentistry of USC
Acuerdo y consentimiento con conocimiento previo del paciente

Información general: En este documento, nos referiremos a la Facultad de Odontología de la University of Southern California con el término "Facultad". Las clínicas dentales de la Facultad son clínicas docentes. Los pacientes que reciben atención dental aquí serán participantes de nuestro programa de docencia. Los estudiantes de odontología o higiene dental brindan tratamiento supervisado por el cuerpo docente de la Facultad. El tratamiento bajo supervisión docente en general requiere más tiempo que el tratamiento que brinda un dentista privado. Los pacientes en general deben estar disponibles para asistir a varias citas. Asimismo, es posible que deban repetirse procedimientos.

Solicitud del paciente: Se realiza una evaluación inicial a fin de determinar si cada candidato a paciente reúne los requisitos para ser paciente para fines docentes en las clínicas de la Facultad. Sólo los pacientes que reúnen los requisitos pueden recibir atención en la Facultad. La Facultad se reserva el derecho de no aceptar pacientes en nuestros programas de tratamiento dental.

Solicitud de atención de emergencia: La atención dental de emergencia en general es un tratamiento temporal que se brinda con el fin de aliviar un fuerte dolor e infección de un diente o un área para las personas con necesidad urgente. Este tipo de atención se limita al tiempo que los estudiantes de odontología y el cuerpo docente tengan disponible. El paciente tiene la responsabilidad de hacer arreglos para la atención posterior que en general se necesita para aliviar o resolver el problema dental. La Facultad brinda atención de emergencia de lunes a viernes de 8:30 a 10:00 de la mañana y de 1:00 a 2:30 de la tarde, excepto los martes por la mañana.

Si un paciente de registro experimenta una emergencia dental o complicación postoperatoria después de estas horas, fines de semana o días festivos, un médico de urgencias está disponible y puede ser contactado llamando al (213) 740-2805.

Consentimiento para procedimientos dentales: Antes de recibir tratamiento, se recomienda que pregunte al estudiante de odontología o higiene dental acerca de los procedimientos que le recomienda. Plantee todas las preguntas que pueda tener antes de decidir dar su consentimiento para el tratamiento. Todos los procedimientos dentales pueden presentar riesgos o resultados no satisfactorios y complicaciones, y no se otorgan garantías acerca de ningún resultado ni curación. Como paciente nuestro, usted tiene el derecho de recibir información acerca de dichos riesgos y posibles consecuencias de no realizar el tratamiento, la clase de procedimiento, los beneficios esperados y la disponibilidad de métodos alternativos de tratamiento. Usted tiene el derecho de dar o negar su consentimiento para cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento antes de realizarlo. Sin embargo, la participación en la CAMBRA (Gestión de la evaluación del riesgo de caries) es obligatorio para aquellos pacientes que están determinados a estar en un alto riesgo de caries (caries). La Facultad también se reserva el derecho de no realizar un tratamiento específico que solicite un paciente.

Salud: Si usted tiene cualquier cambio en su estado de salud o cambios en sus medicamentos, se le informe a su proveedor de atención dental. Si usted está tomando un tipo de medicamento llamado bisfosfonato (es decir, Fosamax®, Actonel®, Boniva, Skelid®, Didronel®, Aredia®, Zometa® y Bonefos), puede estar en riesgo el desarrollo de la osteonecrosis (muerte del hueso) de la mandíbula y el tratamiento dental seguro puede aumentar ese riesgo.

Radiografías: Se tomarán radiografías dentales según sea necesario y adecuado para los exámenes, diagnósticos, consultas y tratamientos.

Fotografías: Se podrán tomar fotografías de pacientes a fin de documentar un cuadro clínico, de registrar conclusiones de exámenes y para fines docentes.

Responsabilidad económica del paciente: Se cobrará a los pacientes que reciben tratamiento en las clínicas de la Facultad de acuerdo con la lista de cobros actual de la clínica. Se proporcionará un presupuesto antes de comenzar el tratamiento. Los servicios deben pagarse antes de comenzar el tratamiento en la mayoría de los procedimientos. Los pacientes que tienen un tercero asegurador pagan los procedimientos por adelantado y la Facultad luego presenta sus facturas a la compañía de seguros para el reintegro directo del beneficiario. Los pacientes que tienen seguro Denti-Cal o Delta Dental deberán asignar los beneficios de dicho seguro a la Facultad. Los pacientes también deberán presentar

identificación personal que puede incluir su número de seguro social, a fin de procesar los cobros de seguro dental y solicitar información de expedientes de pacientes.

Expedientes dentales: Los expedientes dentales, radiografías, fotografía, videos, modelos y otros materiales de diagnóstico que se relacionen con su tratamiento aquí son propiedad de la Facultad. Usted tiene el derecho de inspeccionar estos materiales y solicitar una copia de los mismos. La Facultad puede cobrar un arancel administrativo razonable por este servicio. También puede solicitar que se envíen sus radiografías dentales a otro proveedor de atención médica, para lo cual deberá completar un FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXPEDIENTES DE PACIENTES. La Facultad tiene autorización de dar información de sus expedientes a su compañía de seguros a fin de obtener un reintegro por el tratamiento que le ha brindado. Asimismo, sus expedientes dentales pueden usarse par fines de docencia o investigación, y de ser así, la Facultad hará todo lo razonablemente posible por mantener la confidencialidad de su información ante las personas que no participan en su atención y tratamiento.

Asistencia a sus citas: Debe llegar en hora a sus citas. Si considera que no podrá asistir a una cita, usted está de acuerdo en informar al estudiante de odontología o higiene dental o al asistente de citas por lo menos 24 horas antes. Un total de tres cancelaciones sin avisar 24 horas antes, tres faltas a citas o intentos repetidos e insatisfactorios de concertar una cita pueden ser motivo para poner fin a su tratamiento dental en la Facultad.

Fin del tratamiento: La Facultad se reserva el derecho de poner fin a su tratamiento dental. En caso de finalizar su tratamiento, se le reintegrará todo el saldo restante por los servicios que aún no se hayan brindado.

Quejas: Si tiene inquietudes que el estudiante de odontología o un miembro del cuerpo docente dental no puede resolver, puede comunicarse con nuestro Representante de Pacientes en la Oficina de Asuntos Clínicos (Office of Clinical Affairs) llamando al número de teléfono 213-740-1547 o por correo electrónico: patientfeedback@usc.edu.

Seguridad: Usted entiende que existen cámaras instaladas en toda la Facultad para fines de seguridad.

Exención: Por medio del presente, usted está de acuerdo en eximir, librar de responsabilidad y renunciar a todo reclamo, pérdida o daño que sea consecuencia del tratamiento que el estudiante de odontología, residente, estudiante de higiene dental, el cuerpo docente o la Facultad le brinden conforme al presente, o que se relacione con dicho tratamiento.

El abajo firmante certifica que ha leído lo antedicho y está dispuesto a cumplir con lo indicado y que es el paciente, uno de los padres o tutores del paciente con autoridad para dar su consentimiento o que está debidamente autorizado por el paciente como su representante general para formalizar lo antedicho y aceptar sus términos. Asimismo, usted acusa recibo de una copia de la DECLARACIÓN DE DERECHOS DE PACIENTES de la Facultad.

Paciente: _____ Testigo (Cuerpo docente): _____

Fecha: _____

Estudiante: _____ Padre, madre o tutor: _____

Cuestionario De Historia Médica
HERMAN OSTROW SCHOOL OF DENTISTRY OF USC

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Motivo de su visita a La Escuela de Odontología: _____

Por favor conteste todas las preguntas, **marcando SI o NO en el cuadro correspondiente.** (Por favor no delinee sus respuestas.) Sus respuestas serán estrictamente confidenciales y solamente las usaremos para evaluar su estado de salud. Si usted tiene alguna duda por favor hable con algún miembro de nuestro equipo.

¿Tiene usted o ha tenido algo de lo siguiente?

Cardiovascular:

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca desde la infancia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmullo del corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uso de Phen-Fen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marca pasos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Injerto vascular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvulas artificiales de corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque o paro cardíaco |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operación del corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falla cardíaca congestiva |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor de pecho (angina) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latidos irregulares del corazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarto |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto |

**Endocrino/Sanguíneo/
Oncológico/Inmunidad:**

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hambriento frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sediento frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades de las tiroides |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de las células falciformes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tendencia a sangrar / hemorragias |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radiación |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA / AIDS / Infectado/a con VIH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transplante de algún órgano |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusiones de sangre |

¿Tiene usted o ha tenido algo de lo siguiente?

Óseos-Musculares/SNC/Desarrollo:

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor crónico mandibular y facial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores frecuentes de cabeza |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor crónico en el cuello |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonidos en la articulación mandibular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reemplazamiento articular |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoide |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión de la columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mareos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Debilidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parálisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Discapacidad Intelectual |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demencia / Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desmayos y pérdida de conocimiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas visuales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas auditivos |

Estomacales/Intestinales/Genitourinarios:

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis (A, B, C, u otra) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diálisis de riñón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad transmitida sexualmente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prohibido que done sangre |

Psicológico:

- | SI | NO | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad / Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamiento de salud mental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insomnio |

¿Tiene usted o ha tenido algo de lo siguiente?

Respiratorio:

SI NO

- Asma
- Sinusitis crónica
- Sudoración nocturna
- Enfisema
- Tuberculosis
- Otro: _____

Social:

SI NO

- ¿Fuma?
Si, cuantos? _____
- ¿Bebe alcohol?
- ¿Todos los días?
Si, cuanto? _____
- Usa drogas recreacionales?

Alergia a medicamentos o intolerancia:

SI NO

- Penicilina
- Anestesia dental ("Novocaína")
- Aspirina
- Codeína
- Productos de látex (plástico)
- Iodo
- Otros: _____

¿Tiene usted alguna otra enfermedad que no haya mencionado?

Historia de hospitalización / Procedimientos quirúrgicos realizados:

Familiar: ¿Algún familiar cercano, padre, madre o hijo de usted, tiene algo de lo siguiente?

SI NO

- Diabetes
- Presión arterial alta
- Problemas del corazón
- Hemorragias
- Cáncer

A mi entendimiento todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si llego a tener algún cambio en mi salud a en mis medicamentos, se lo haré saber a mi dentista asignado en la próxima cita sin falta.

Firma del Paciente (o Padre o Tutor si el paciente es menor a 18 años)

Fecha

Faculty: signature, number, and name PRINTED

Student: signature, number, and name PRINTED

Medicamentos

SI NO

¿Esta tomando medicamentos prescritos por su medico o alguna otra medicina que no necesite receta medica, complementos alimenticios (hierbas) o vitaminas, ahora?

Por favor indique el nombre y la dosis:

¿A usted tomado algunos de los siguientes medicamentos Bifosfonatos: Fosamax®, Actonel®, Boniva®, Skelid®, Didronel®, Aredia®, Zometa® y/o Bonefos®, como parte de tratamiento para el cáncer o para prevenir la Osteoporosis o algún otro desorden de los huesos?

SI NO

Si usted respondió "si", por favor pregunte a su estudiante de Odontología por una pagina informativa sobre estas medicinas y su salud oral.

Otro:

SI NO

- ¿Siente que la cantidad de saliva que presenta en su boca es muy poca?
- ¿Su boca se siente seca cuando esta ingiriendo alimentos?

MUJERES SOLAMENTE:

SI NO

- ¿Esta usted embarazada ahora?
Si, # _____ de meses
- ¿Toma pastillas anticonceptivas?
- ¿Alimenta de pecho en este momento?

Herman Ostrow School of Dentistry of USC-Orofacial Pain and Oral Medicine Center
 925 W. 34th St, Los Angeles, CA 90089; Tel. 213-740-3410 Fax 213-740-3573

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

OFP-OM Cuestionario Suplementario de su Historia Médica Historial médico pasado/actual - Tiene usted o ha tenido algo de lo siguiente?

SÍ NO

Cardiovascular:

- enfermedad aterosclerótica
- defecto de válvula del corazón o prolapso
- infección de corazón (endocarditis)

Hematológica/Oncológica/inmune

- hipoglicemia
- hipercoagulación
- leucemia
- edema idiopático
- supresión inmune inusual
- múltiples reacciones alérgicas
- herpes (herpes oral / genital)
- enfermedad de Lyme
- meningitis / encefalitis
- osteomielitis
- neumonía
- infección de las vías respiratorias superior

Musculoesquelético

- nervios cervicales oprimidos o dañados
- disco vertebral desplazado
- espondilitis anquilosante
- síndrome del túnel carpal
- dolor de origen cervical / de cabeza
- síndrome de fatiga crónica
- fibromialgia
- trastorno de dolor miofascial
- artritis traumática local traumática
- lupus eritematoso sistémico
- gota
- psoriasis
- osteoporosis
- síndrome de movimiento de las piernas periódico
- enfermedad de Raynaud

Neurológico/Degenerativa/de Desarrollo

- dolores de cabeza en racimo
- epilepsia
- migraña
- enfermedad de Parkinson
- neuropatía periférica
- ciática
- cefalea de tipo tensional
- ataques isquémicos transitorios
- neuralgia trigeminal
- otra enfermedad neurológica: _____

SÍ NO

Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta

- dolor de cabeza asociado a sinusitis
- enfermedad de articulación temporomandibular
- parálisis de Bell
- síndrome de boca ardiente
- cataratas
- trauma de la cabeza
- laringitis
- linfadenopatía
- enfermedad de Meniere
- degeneración macular
- síndrome de Sjogren
- xerostomía

Gastrointestinal/Genitourinario:

- enfermedad de Crohn
- esofagitis frecuentes
- gastritis crónica
- reflujo gastroesofágico
- hernia hiatal
- síndrome de intestino irritable
- síndrome de mala absorción
- infección de vejiga o urinaria

Respiratorio:

- bronquitis
- enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- apnea obstructiva del sueño
- ronquidos severos

Psicológico

- fobias
- estrés
- ira inusual
- ataques de pánico
- pensamientos suicidas
- intentos de suicidio en el pasado
- está viendo a un consejero o psicólogo
- está viendo a un psiquiatra
- usted aprieta los dientes
- usted mantiene tensión facial o el cuello
- Usted rechina los dientes por la noche

Medicamentos/Drogas/Alcohol

- Tengo efectos secundarios con los medicamentos
- No puedo tolerar la mayoría de los medicamentos
- tengo (o he tenido) problemas de drogas o alcohol
- Yo uso drogas recreativas a veces (marihuana, metanfetamina, cocaína, etc.)

Revisión de los síntomas: Tiene usted o ha tenido recientemente (dentro de un año) algo de lo siguiente

SÍ NO

Constitucional:

- cambio de peso reciente
- cambios en el apetito
- problemas para dormir
- problemas para permanecer dormido
- fiebre
- resfriado
- malestar (cansancio excesivo)
- trauma reciente o infecciones

Endocrino/Hematológica/Linfático

- hambre excesiva
- sed excesiva
- palpitaciones espontáneas
- vasos sanguíneos dolorosos o descoloridos
- ganglios linfáticos agrandados o dolorosos
- sangrado excesivo cuando se corta
- sangrado espontáneo o anemia

Musculoesquelético

- debilidad muscular sustancial
- dificultad para caminar debido a la falta de equilibrio
- fatiga o dolor en las piernas al caminar
- inflamación de articulaciones
- dislocación de articulaciones
- dolor e hinchazón en cualquier articulación
- alta flexibilidad de las articulaciones
- rigidez en cuello con pérdida de movimiento del cuello
- problemas de dolor crónico:

Neurológico

- pérdida de la memoria reciente
- confusión inusual
- pérdida de consciencia; desmayo
- disminución de la sensibilidad
- espasmos musculares espontáneos
- dolor al tacto suave
- sensaciones de vértigo

Dermatológica

- erupción cutánea
- hematomas espontáneos
- decoloración de la piel
- ampolla o hinchazón de la piel
- úlcera o tumor en la piel

SÍ NO

Cabeza/Oídos/Ojos/Nariz/Garganta

- zumbido en los oídos
- cambio o pérdida de la audición
- oídos tapados
- dolor de oído
- pérdida de vista
- dolor de ojos
- obstrucción nasal, sinusitis
- descarga nasal
- hemorragia nasal
- dificultad para tragar
- cuello/garganta hinchado
- agrandamiento de cuello o glándulas de la garganta

Boca/Estomatognático

- llagas orales / úlceras
- decoloración de los tejidos orales
- sangrado espontáneo de boca/gingival
- labios, lengua o la boca con sensación de dolor
- apertura limitada o trabado de la mandíbula
- ruidos de las articulaciones de mandíbula
- dolor de articulación temporomandibular /de los oídos o musculotemporales durante el uso

- picadura incómoda

Gastrointestinal

- diarrea crónica
- estreñimiento
- dolor estomacal o abdominal
- náuseas o vómitos frecuentes
- vómitos de sangre
- acidez
- heces con sangre

Genitourinario

- dolor al orinar
- dificultad al orinar

Respiratorio

- tos húmeda
- tos dolorosa
- dificultad para respirar (por ejemplo, mientras se está acostado)
- escape sangre o tos con sangre

Al firmar aquí significa que todas las repuestas anteriores son verdaderas. Si tengo cualquier cambio en mi estado de salud, o cualquier cambio en mis medicamentos, le informare a mi dentista en mi próxima cita.

Firma de paciente (o padre tutor): _____ Fecha: _____

Faculty signature: _____ Date: _____

Herman Ostrow School of Dentistry of USC

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO (Patient Email Consent Form) Riesgos de usar correo electrónico

Nombre paciente: _____
Dirección Paciente: _____
Correo electrónico: _____
Abastecedor: _____

1. RIESGO DE USAR CORREO ELECTRÓNICO

La transmisión de la información paciente por El correo electrónico tiene varios riesgos que Los pacientes deberían considerar antes de usar el correo electrónico. Éstos incluyen, pero no son limitados con, los riesgos siguientes:

- a) El correo electrónico puede ser puesto en circulación, expedido, almacenado electrónicamente y en el papel, y transmitido a recipientes involuntarios.
- b) Los remitentes de correo electrónico pueden fácilmente misaddress un correo electrónico.
- c) Las copias de seguridad del correo electrónico pueden existir hasta después del remitente o el recipiente ha suprimido su copia.
- d) Los patrones y los servicios en línea tienen un derecho de inspeccionar el correo electrónico transmitido por sus sistemas.
- e) El correo electrónico puede ser interceptado cambiado, expedido, o usado sin autorización o descubrimiento.
- f) El correo electrónico puede ser usado para introducir virus en sistemas de computadora.
- g) El correo electrónico puede ser usado como pruebas en el tribunal.
- h) Los correos electrónicos pueden no ser seguros incluso en USC, y por lo tanto es posible que la confidencialidad de tales comunicaciones pueda ser violada por un tercero.

2. CONDICIONES PARA EL USO DE CORREO ELECTRÓNICO

Los abastecedores no pueden garantizar, pero usarán razonable piensa mantener la seguridad y la confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Los abastecedores no son obligados de la revelación impropia de la información confidencial que no es causada por la mala conducta intencional del Abastecedor.

Herman Ostrow School of Dentistry of USC

El cuerpo docente, los estudiantes y el personal de la Herman Ostrow School of Dentistry of USC se comprometen a asegurar que usted reciba la mejor atención y el mejor servicio.

Hemos creado una Declaración de los derechos y deberes del paciente (vea el reverso de esta hoja) que establece las normas que seguimos al brindar atención a los pacientes. Si bien nos esmeramos por brindarle la mejor atención, es posible que usted considere que no hemos alcanzado nuestros objetivos. Si no está satisfecho con la atención que recibe, esperamos que nos plantee sus inquietudes. También esperamos saber sobre las experiencias positivas que ha tenido y sobre las personas que han sido especialmente competentes, serviciales o atentos o que de otro modo lograron que su experiencia en nuestra clínica dental sea buena. Recibimos con agrado todos los comentarios o las sugerencias que pueda tener y que nos ayudarán a brindarle una mejor atención.

En todas las oficinas de la clínica hay formularios de comentarios para los pacientes que puede utilizar. Los formularios completos se pueden enviar a cualquier oficina, y los comentarios se pueden enviar por correo a Ostrow School of Dentistry of USC, Office of Quality Assurance, 925 West 34th Street, University Park MC 0641, Los Angeles, California 90089-0641.

Nos complace que haya elegido a la Ostrow School of Dentistry of USC para recibir atención dental y esperamos responder a sus necesidades.

Douglas C. Solow, DDS, MBA
Decano Adjunto de Asuntos Clínicos

Norma contra la discriminación en la atención

Las admisiones, la prestación de servicios y las derivaciones de pacientes se deberán efectuar sin tener en cuenta su raza, color, fe, incapacidad, abolengo, origen nacional (incluso el dominio limitado del idioma inglés), edad o sexo.

Los servicios deberán ser accesibles para todas las personas discapacitadas que reúnen los requisitos de recibirlos, con los métodos más prácticos y económicamente posibles que estén disponibles. Entre estos métodos se incluyen, sin limitación, el nuevo diseño de equipo, la disposición de materiales auxiliares y el uso de sitios alternativos de prestación de servicios.

Todos los pacientes, padres, sus tutores o ambos, que consideren que han sido discriminados pueden presentar una denuncia de discriminación en: *USC's Office of Equity and Diversity*

USC's Office of Equity and Diversity
Phone Number (213) 740-5086

Declaración de Derechos y Deberes del Paciente

La Facultad de Odontología de la Herman Ostrow School of Dentistry of USC y sus prácticas de afiliados se esmera por brindar la mejor atención y el mejor servicio a nuestros pacientes. En su calidad de paciente respetado, usted tiene los siguientes derechos y deberes:

- *Usted tiene el derecho* de recibir una cita con su proveedor de atención médica de forma oportuna.
- *Usted tiene el derecho* de recibir tratamiento considerado, respetuoso y confidencial.
- *Usted tiene el derecho* de tener información completa y actual sobre su situación..
- *Usted tiene el derecho* de saber con anticipación la clase de tratamiento y su costo anticipado.
- *Usted tiene el derecho* de esperar que los miembros del equipo dental usen controles adecuados de infección y esterilización.
- *Usted tiene el derecho* de recibir una explicación del tratamiento indicado, de otros tratamientos, la opción de negarse al tratamiento, el riesgo de no recibir tratamiento, y los resultados esperados de estos tratamientos; y de que le informen sobre las ventajas y desventajas de cada uno en un idioma que usted pueda comprender.
- *Usted tiene el derecho* de pedirle al estudiante odontología que le explique todas las opciones de tratamiento sin tener en cuenta su cobertura de seguro dental o su costo.
- *Usted tiene el deber* de asistir a su cita o cambiarla de forma oportuna.
- *Usted tiene el deber* de ser respetuoso y considerado con los demás, como por ejemplo el estudiante de odontología y los otros pacientes.
- *Usted tiene el deber* de proporcionar información completa y actualizada sobre su cuadro dental.
- *Usted tiene el deber* de participar en su atención y de estar al día con el costo de su tratamiento.
- *Usted tiene el deber* de vestir y presentarse de forma adecuada.
- *Usted tiene el deber* de participar en el tratamiento indicado, medir cuidadosamente las consecuencias de aceptar o rechazar el tratamiento, y de conversar sobre los cambios que puedan ocurrir mientras reciba atención. También tiene la posibilidad de hacerlo.
- *Usted tiene el deber* de tomar decisiones responsables dentro de sus limitaciones y de las limitaciones de la facultad.

OCR NOTICE OF NONDISCRIMINATION

Source: HHS Office for Civil Rights

Herman Ostrow School of Dentistry of USC

complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Herman Ostrow School of Dentistry of USC

does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Herman Ostrow School of Dentistry of USC:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Douglas C. Solow DDS, MBA, Office of Clinical Affairs, (213) 740-1547

If you believe that Herman Ostrow School of Dentistry of USC

has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

USC Office of Equity and Diversity

3720 S. Flower Street, 2 nd floor

Credit Union Bldg., 200

Los Angeles, CA 90089-0704

Phone: (213) 740-5086, FAX (213) 740-5090

oed@usc.edu

Grievance Procedure for Section 1557 Covered Practices with 15 or More Employees

It is the policy of the Herman Ostrow School of Dentistry of USC not to discriminate based on race, color, national origin, sex, age or disability. The Herman Ostrow School of Dentistry of USC

has adopted an internal grievance procedure providing for prompt and equitable resolution of complaints alleging any action prohibited by Section 1557 of the Affordable Care Act (42 U.S.C. 18116) and its implementing regulations at 45 CFR part 92, issued by the U.S. Department of Health and Human Services. Section 1557 prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, age or disability in certain health programs and activities. Section 1557 and its implementing regulations may be examined in the USC Office of Equity and Diversity, 3720 S. Flower Street, 2nd floor, Credit Union Bldg. 200. Los Angeles, CA 90089-0704, Phone: (213) 740-5086, FAX (213) 740-5090, oad@usc.edu, who has been designated to coordinate the efforts of Herman Ostrow School of Dentistry of USC to comply with Section 1557.

Any person who believes someone has been subjected to discrimination based on race, color, national origin, sex, age or disability may file a grievance under this procedure. It is against the law for Herman Ostrow School of Dentistry of USC to retaliate against anyone who opposes discrimination, files a grievance, or participates in the investigation of a grievance.

Procedure:

- Grievances must be submitted to the Section 1557 Coordinator within (60 days) of the date the person filing the grievance becomes aware of the alleged discriminatory action.
- A complaint must be in writing, containing the name and address of the person filing it. The complaint must state the problem or action alleged to be discriminatory and the remedy or relief sought.
- The Section 1557 Coordinator (or her/his designee) shall conduct an investigation of the complaint. This investigation may be informal, but it will be thorough, affording all interested persons an opportunity to submit evidence relevant to the complaint. The Section 1557 Coordinator will maintain the files and records of Herman Ostrow School of Dentistry of USC relating to such grievances. To the extent possible, and in accordance with applicable law, the Section 1557 Coordinator will take appropriate steps to preserve the confidentiality of files and records relating to grievances and will share them only with those who have a need to know.
- The Section 1557 Coordinator will issue a written decision on the grievance, based on a preponderance of the evidence, no later than 30 days after its filing, including a notice to the complainant of their right to pursue further administrative or legal remedies.
- The person filing the grievance may appeal the decision of the Section 1557 Coordinator by writing to the USC Office of Equity and Diversity within 15 days of

receiving the Section 1557 Coordinator's decision. The USC Office of Equity and Diversity shall issue a written decision in response to the appeal no later than 30 days after its filing.

The availability and use of this grievance procedure does not prevent a person from pursuing other legal or administrative remedies, including filing a complaint of discrimination based on race, color, national origin, sex, age or disability in court or with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. A person can file a complaint of discrimination electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, which is available at: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.

Complaint forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Such complaints must be filed within 180 days of the date of the alleged discrimination.

The Herman Ostrow School of Dentistry of USC will make appropriate arrangements to ensure that individuals with disabilities and individuals with limited English proficiency are provided auxiliary aids and services or language assistance services, respectively, if needed to participate in this grievance process. Such arrangements may include, but are not limited to, providing qualified interpreters, providing taped cassettes of material for individuals with low vision, or assuring a barrier-free location for the proceedings. The Section 1557 Coordinator will be responsible for such arrangements.