

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: _____
(Fecha de Hoy)

Name of Patient: _____ DOB: _____ Age: _____
(Nombre del Paciente): Last (Apellido) First (Primer Nombre) M.I. (Inicial del Segundo Nombre) (Fecha de nacimiento) (Edad)

Name of Physician: _____ Date of last visit to physician: _____
(Nombre del Médico) (Fecha de la última visita al medico)

Medical Health History – Do you have OR have you had any of the following? Please check yes or no: (HISTORIAL DE SALUD MEDICA - ¿Usted tiene O ha tenido alguno de los siguientes? Favor de marcar si ó no)

Allergy Problems (Problemas de Alergias)

- Yes No Asthma (Asmo)
- Yes No Hay Fever (Fiebre de Heno)
- Yes No Sinus Problem (Sinusitis)
- Yes No Skin Rashes (sarpullidos)

- Do you smoke? (¿Fumo Usted?) Yes No
- If so, how much? (Si es así, ¿quanto?) _____
- Do you want to stop? (le gustaría dejar de fumar?) Yes No
- Have you tried before? (Lo ha intentado antes?) Yes No
- Do you consume alcoholic beverages? (¿Tomo bebidas alcohólicas?)
- Yes No If so, how much? (Si es así, ¿cuánto?) _____

Blood Problems (Problemas a la Sangre)

- Yes No Abnormal bleeding (Hemorragia Anormal)
- Yes No Blood disease/anemia (Enfermedad a la Sangre /Anemia)
- Yes No Easy Bleeding (Sangrado fácil)

Allergies (Alergias)

- Are you allergic to or have you reacted adversely to any of the following?
(¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a alguno de los siguientes?)
- Aspirin Aspirina) Yes No
 - Barbiturates (barbitúricos)..... Yes No
 - Codeine (Codeina)..... Yes No
 - Latex (Látex)..... Yes No
 - Local Anesthetics (Anestésicos Locales)..... Yes No
 - Metals (metales) Yes No
 - Penicillin (Penicilina) Yes No
 - Sulfa Drugs (Sulfas) Yes No
 - Other (Otro): _____

Bone or Joint Problems

- (Problemas a los Huesos o Articulaciones)
- Yes No Arthritis (Artritis)
 - Yes No Joint Replacement (Reemplazo de articulaciones)
 - Yes No Osteoporosis (Osteoporosis)

Medications (Medicamentos)

List medication you are currently taking, both prescription and OTC:
(Aliste los medicamentos que está tomando actualmente, tanto los recetados como los no recetados):

Heart Problems (Problemas al Corazón)

- Yes No Chest pain (Dolor al Pecho)
- Yes No Heart murmur (Soplo al Corazón)
- Yes No Heart valve problem (Problema de Válvula)
- Yes No High blood pressure (Presión Alta)
- Yes No Pacemaker (Marcapasos)
- Yes No Rheumatic Fever (Fiebre Reumática)
- Yes No Shortness of breath (Falta de Aire)

Are you Currently taking any Herbal or natural homeopathic remedies
(¿Está actualmente tomando remedios naturales de hierbas u homeopáticos?)

Yes No

Intestinal Problems (Problemas a Los Intestinos)

- Yes No Special diet (Dieta especial)
- Yes No Ulcers (Ulceras)
- Yes No Weight gain or loss (Pérdida o Subida de Peso)

If so, are you under the supervision of an alternative therapist?
(Si es así, ¿se encuentra bajo la supervisión de un terapeuta alternativo?)

Yes No

OTHER: (Otros)

- Yes No Cancer/Tumor (Cáncer/tumor)
- Yes No Diabetes (Diabetes)
- Yes No Fainting spells, seizures, epilepsy (Desmayos, convulsions, epilepsia)
- Yes No Glaucoma (glaucoma)
- Yes No Hepatitis or other liver trouble (Hepatitis u otro problema al hígado)
- Yes No Herpes (Herpes)
- Yes No HIV/AIDS (VIH/SIDA)
- Yes No Tuberculosis (Tuberculosis)
- Yes No Venereal Disease (Enfermedad Venérea)

Women: (Mujeres):

1. Are you pregnant? (¿Está embarazada?) Yes No
2. If yes, Approximate due date: (Si está embarazada, fecha aproximado de parto) ____/____
3. Are you taking birth control pills (Está tomando píldoras anticonceptivas)

Other Medical Problems or conditions: (Otras enfermedades o problemas medicos):

I certify that the above information is complete and accurate.
(Certifico que la información anterior es completa y exacta.)

Patient's Signature: _____ Date: _____
(Firma Del Paciente) (Fecha)

Dentist's Signature: _____ Date: _____

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: _____
Patients ID #: _____

Name of Patient: _____ DOB: _____ Age: _____
(Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento) (Edad)

Baker Dental Clinic
 4041 T Street
 San Diego, Ca 92113

Downtown Dental Clinic
 1420 Third Ave
 San Diego, Ca 92101

Pacific Beach Dental Clinic
 1561 Thomas Street
 San Diego, Ca 92109

ALL INFORMATION PROVIDED ON THIS FORM WILL REMAIN CONFIDENTIAL
(LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE FORMULARIO QUEDARÁN CONFIDENCIAL)

1. Patient's Social Security (optional): _____ - _____ - _____
(Número de Seguro Social del Paciente (opcional))
2. Gender: M F Primary Language: English _____ Spanish _____ Other: _____
(De Género) (Idioma principal) (Inglés) (Español) (Otro)
3. Ethnicity: African American _____ Hispanic _____ Caucasian _____ Asian _____ Other: _____
(Etnicidad) (Afroamericano) (Hispanos) (Caucásico) (Asia) (Otro)
4. Are you currently homeless or living on the street? _____ For how long? _____ Zip code: _____
(¿Es actualmente sin hogar o vivo en la calle?) (¿Por cuánto tiempo?) (Código postal)
5. What is your address or area of most frequent sleeping location: _____
(¿Cuál es su dirección, o ubicación más frecuente para dormir?)
6. Contact phone number _____
(Número de Teléfono)
7. Do you have medical insurance? Yes _____ No _____
(¿Tiene seguro médico?) (SI) (No)
8. If yes, what type? Medi-Cal _____ Medi-Care _____ VA _____ CMS _____ CMH _____ Other: _____
(¿Si sí, qué tipo?) (Otro)
9. Did you ever serve in the military? Yes _____ No _____
(¿Alguna vez servir en el ejército?) (SI) (No)
10. What is your marital status? Single _____ Married _____ Separated _____ Divorced _____ Widowed _____
(¿Cuál es su estado civil?) (Solo) (Se Casó) (Separado) (Divorciado) (Viudo)
11. How many children do you have? _____ Do they live with you? Yes _____ No _____
(¿Cuántos hijos tiene usted?) (¿Viven con usted?) (SI) (No)
12. Education level that you completed? Jr. High _____ High School _____ Some College _____ College _____ Grad _____
(El nivel de la educación que usted complete) (Secundaria) (El Colegio) (Alguna Universidad) (Universidad) (Posgrado)
13. Are you currently employed? Yes _____ No _____ Occupation? _____
(¿Es empleado actualmente usted?) (SI) (No) (Ocupación)
14. Are you currently receiving any government assistance? Yes _____ No _____
(¿Está recibiendo alguna ayuda del gobierno?) (SI) (NO)
15. If yes, what type? SSI _____ SSD _____ WIC _____ TANF _____ Other: _____
(¿Si sí, qué tipo?) (Otro)
16. Have you ever been a victim of domestic violence? Yes _____ No _____
(¿Jamás ha sido usted una víctima de violencia doméstica?) (SI) (NO)

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Rape? Yes _____ No _____
 {¿La violación?} {SI} {NO}

Physical Abuse? Yes _____ No _____
 {¿El Abuso físico?} {SI} {NO}

17. Have you ever been in prison? Yes _____ No _____
 {¿Usted ha estado nunca en la prisión?} {SI} {NO}

18. Have you ever had a mental illness requiring either medication, physician care, hospitalization, or an emergency room visit? *{¿Jamás ha tenido usted una enfermedad mental que requiere medicina, cuidado de médico, la hospitalización, o una visita de sala de urgencias?}* Yes _____ No _____
 {SI} {NO}

19. What was the name of the illness? Yes _____ No _____
 {¿Cómo se llamó la enfermedad?} {SI} {NO}

20. Are you taking any psychiatric medication now or recently? Yes _____ No _____
 {¿Está tomando alguna medicación psiquiátrica ahora o recientemente?} {SI} {NO}

21. If yes what type & dose? _____
 {¿Si sí qué tipo y dosis?}

22. Are you currently seeing a physician for mental illness? Yes _____ No _____
 {¿Usted está viendo actualmente a un médico para la enfermedad mental?} {SI} {NO}

23. Name of Physician: _____ Location: _____
 {Nombre del Médico} {Localización}

24. Have you used any of the following substances? Have you ever used any IV drugs? Yes _____ No _____
 {¿Ha utilizado alguna de las siguientes sustancias?} {¿Jamás ha utilizado usted cualquier drogas de IV?} {SI} {NO}

	Never {Nunca}	Past {Pasado}	Present {Presente}	How long? {¿Por cuánto tiempo?}	How much? {¿Cuánto?}
Tobacco {Tabaco}					
Alcohol {Alcohol}					
Marijuana {Marihuana}					
Methamphetamine {metanfetamina}					
Cocaine {Cocaína}					
Heroin {heroína}					
Other {Otro}					
	Negative Test {Prueba Negative}	Positive Test {Prueba positive}	Never Tested {Nunca Probado}		
TB (PPD) {tuberculosis}					
HIV (AIDS) { VIH (SIDA)}					
Hep B {Hepatitis C}					
Hep C {Hepatitis C}					
Chlamydia {clamidia}					
Gonorrhea {Gonorrea}					
Syphilis {sífilis}					

Thank you for your help! I have reviewed this with the patient. To the best of my knowledge, All of the above is correct! *{Gracias por su ayuda! He revisado este con el paciente. Al mejor de mi conocimiento, todo lo anterior es correcto!}*

Pre-Dental Student Name and Signature: _____

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Name: _____	Date: _____
DOB: _____	Gender: Male female

HIPAA COMMUNICATION AND DISCLOSURE FORM
(FORMA PARA COMUNICAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN HIPAA)

The UCSD Healthcare Notice of Privacy Practices provides information about how we may use and disclose protected health information about you.

In addition to the copy we are providing you, copies of the current notice are available by accessing our web site at <http://health.ucsd.edu> and may be obtained through out UCSD Healthcare.

I acknowledge that I have received the Notice of Privacy Practices

_____ Patient Signature or Guardian <i>{ La firma de Paciente o Guardián }</i>	_____ Print Name <i>{Nombre}</i>	_____ Date <i>{Fecha}</i>
--	--	------------------------------

_____ Relationship to Patient (if Guardian) <i>{Relación con el paciente (si Guardian)}</i>	_____ Name of Interpreter (if applicable) <i>{El nombre de Intérprete (si aplicable)}</i>	_____ Phone Number <i>{Número Telefónico}</i>
---	---	---

Communication Authorization

Date of Last Update: _____ Staff Member: _____

Authorized by *(Autorizado por)*:

Patient _____ <i>(Paciente)</i>	Legal Guardian _____ <i>(Guardián Legal)</i>	Spouse _____ <i>(Espos/a)</i>	Power of Attorney (HC) _____ <i>Poder Notarial (Salud)</i>	HC Proxy _____ <i>(Poder de Salud)</i>
------------------------------------	---	----------------------------------	---	---

Phone: _____ <i>(teléfono)</i>	Home Address: _____ <i>(Domicilio)</i>
-----------------------------------	---

____ Detailed Message Authorized <i>(Se Autoriza Mensaje Detallado)</i>	____ Detailed Letters Authorized <i>(Se Autoriza Cartas Detalladas)</i>
____ Leave Call Back Number Only <i>(Sólo dejar n´numero para regresar llamada)</i>	____ No Contact Authorized <i>(No Se Autoriza Ningún Contacto)</i>
____ No Contact Authorized <i>(No Se Autoriza Ningún Contacto)</i>	

Patient or Other Person Authorized to Sign: _____ <i>{Paciente o Alguien Autorizado para Firmar}</i>	Date: _____ <i>{Fecha}</i>
---	-------------------------------

UCSD Student-Run Free Clinic Project

UCSD School of Medicine

9500 Gilman Drive, #0696, La Jolla, Ca 92093-0696

Phone: 858-534-6110; Fax 858-822-3990

Community Partner Relationship Form

This consent is being provided to describe to you the relationship between the UCSD Student-Run Free Clinic Project and other associated community health agencies.

The UCSD Student-Run Free Clinic Project works with other community health agencies to provide a collaborative approach to the delivery of health care services that benefits the patient. The members of this multi-agency staff operate as a multi-disciplinary team to provide a variety of health care services for patients. I understand that the collaborative information obtained by the listed agencies will be shared and used for treatment and healthcare operation purposes such as screening, assessment, planning, and facilitating the delivery of appropriate services by members of the health care team.

The access, use and disclosure of protected health information to health care members of this multi-agency group are a permitted use and disclosure and are necessary functions to carry out treatment and health care operations. The Notice of Privacy Practices describes such uses and disclosures more completely.

Our Community Partners include:

- UCSD Student-Run Free Clinic Project
- Pacific College of Oriental Medicine (PCOM)
- UCSD School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences
- UCSD/UCSF School of Pharmacy
- UCSD Free Dental Clinic Project and Pre-Dental Society
- California Western School of Law Community Law Project
- Social Worker(s) and social work intern(s) from SDSU Social Work Program

Appointment Reminders:

Members of the associated community health agencies listed may mail or call to my home or other alternative locations and/or leave a message (voice mail or in person) in reference to any items that assist in the clinical practice in carrying out treatment or healthcare operations, such as appointment reminders (messages), and any calls pertaining to my clinical care, including laboratory test results, among others. Patient reminder cards or letters may be mailed to my home or other alternative locations as long as they are marked "Personal and Confidential".

Signature of Patient or Legal Guardian/ Date:	Witness Signature and Date:
Print Patient's Name	Print Name of Legal Guardian, if Applicable

El Proyecto Clínico Gratuito Administrado por Estudiantes de la UCSD
Facultad de Medicina de la UCSD
9500 Gilman Drive, #0696, La Jolla, Ca 92093-0696
Teléfono: 858-534-6110; Fax: 858-822-3990

Formulario de Relación de Socios Comunitarios

Este consentimiento se proporciona para describirle la relación que existe entre el Proyecto Clínico Gratuito Administrado por Estudiantes de la UCSD y otras agencias de salud comunitaria asociadas.

El Proyecto Gratuito Administrado por Estudiantes de la UCSD funciona con otras agencias de salud comunitaria para brindar un método de colaboración a la prestación de servicios de la atención sanitaria que beneficia al paciente. Los miembros del personal de estas agencias múltiples funcionan como un equipo multidisciplinario que proporciona una variedad de servicios de atención sanitaria a los pacientes. Entiendo que la información obtenida en colaboración por las agencias enumeradas se compartirá y usará con fines de tratamientos y actividades para el cuidado de la salud tales como por ejemplo pruebas de detección y evaluación, la planificación y facilitación de la prestación de los servicios apropiados por los miembros del equipo de atención sanitaria.

El acceso, uso y divulgación de la información protegida sobre salud a los miembros de la atención sanitaria de este grupo de agencias múltiples es el uso y divulgación permitidos y son funciones necesarias para llevar a cabo nuestros tratamientos y actividades de atención sanitaria. El Aviso de Prácticas de Privacidad describe esos usos y divulgaciones de forma más completa.

Nuestros Socios Comunitarios incluyen:

- El Proyecto Clínico Gratuito Administrado por Estudiantes de la UCSD
- La Universidad Pacífica de Medicina Oriental (PCOM por su sigla en inglés)
- La Facultad de Farmacia y Ciencias Farmacéutica de las UCSD
- La Facultad de Farmacia de la UCSD/UCSF
- El Proyecto Clínico Dental Gratuito y la Sociedad Pre-Dental de la UCSD
- Facultad de Derecho de Western California Proyecto Legal Comunitario
- El/los trabajador(es) social(es) y el/los trabajador(es) social(es) pasante(s) del Programa de Trabajo Social de SDSU

Recordatorios de citas:

Los miembros de las agencias de salud comunitaria asociadas enumeradas pueden enviar por correo o llamar a mi casa o a otros sitios alternativos y/o dejar un mensaje (en el correo de voz o personalmente) en referencia a cualquier asunto que ayude en el ejercicio médico para la realización de los tratamientos o actividades sanitarias, tales como por ejemplo recordatorios de citas (mensajes), y cualquier llamada referente a mi atención clínica, incluyendo los resultados de análisis de laboratorio, entre otros. Las tarjetas o cartas de recordatorio al paciente podrán enviarse por correo a mi casa o a otros sitios alternativos siempre que se marquen como "Personales y Confidenciales".

Firma del Paciente o Tutor Legal / Fecha:	Firma del Testigo y Fecha:
Nombre en Letra de Imprenta del Paciente:	Nombre en Letra de Imprenta del Tutor Legal, si corresponde

Revisado 05.09.07

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: _____
(Fecha de Hoy)

Name of Patient: _____ DOB: _____ Age: _____
(Nombre del Paciente): Last (Apellido) First (Primer Nombre) M.I. (Inicial del Segundo Nombre) (Fecha de nacimiento) (Edad)

Baker Dental Clinic
4041 T Street
San Diego, Ca 92113

Downtown Dental Clinic
1420 Third Ave
San Diego, Ca 92101

Pacific Beach Dental Clinic
1561 Thomas Street
San Diego, Ca 92109

Canceling or Rescheduling your Appointment (Para Cancelar o Cambiar su Cita):

If you need to cancel or reschedule your appointment, you must call at least 24 hours in advance. The earlier you call to cancel or reschedule, the easier it will be for us to give you another appointment that is closer to your original appointment day. { Tiene que llamar por lo menos con 24 horas de anticipación si necesita cancelar o cambiar su cita. Mientras más temprano que llame para cancelar o reprogramar, más fácil será para nosotros para darle otra cita que está más cerca de su día de la cita original. }

Arriving Late (Al Llegar tarde):

If you arrive more than 10 minutes later than your designated arrival time, we reserve the right to reschedule your appointment. { Si llega más de 10 minutos más tarde de su hora de la cita, nos reservamos el derecho de reprogramar su cita. }

Failing to Show Up for Your Appointment (Si no se presenta a su cita):

If you fail to show up for your appointment without calling at least 24 hours in advance, you will not be rescheduled until you speak to the Clinic Manager. The absent will be recorded in your chart. If you fail to show up for your second appointment without calling at least 24 hours in advance you will not be rescheduled and will not be eligible for another scheduled appointment, you will be seen on a space-available "work in" basis. After you keep your "work-in" appointment, you will be able to schedule other dental appointments in advance, subject to availability of appointment slots. A continuation of missed appointments will lead to dismissal from the UCSD Student Run Free Dental Clinic's and a referral to outside clinics and services will be made. { Si no se presenta a la cita sin que llamar por lo menos 24 horas de antelación, Usted no será reprogramado hasta que hable con el Gerente de la Clínica. La ausencia será registrado en su expediente. Si no se presenta para su segunda cita sin llamar al menos 24 horas de anticipación, usted no será reprogramado, y usted no será elegible para otra cita, una cita se ofrecerá sólo cuando hay espacio disponible. Usted podrá planificar otras citas con el dentista en avance después de que usted guarde su cita asignada, sujeto a la disponibilidad de la cita. Una continuación de citas perdidas va a llevar a despido del UCSD Clínicas Dental Libre Dirigida por Estudiantes y una referencia a dispensarios y servicios exteriores serán hechos. }

When you are in the Dental Clinic (Cuando usted está en la Clínica Dental):

1. Your (or your child's) first appointment is normally for an examination and evaluation only.
{ Su (o su hijo) primera cita es normalmente para un examen y evaluación. }
2. All dental services will be provided by a California licensed dentist, licensed hygienist, or extern dental/hygiene student under the direct supervision of the faculty dentist.
{ Todos los servicios dentales serán proporcionados por un dentista con licencia de California, licenciado en higiene, o estudiante de odontología/higiene extern bajo la supervisión directa del dentista de la facultad. }
3. Each patient that is a comprehensive care patient will receive a thorough examination which includes all necessary x-rays, diagnostic testing, referrals, & diagnostic models in order to make an accurate analysis of your oral health.
{ Los pacientes de atención integral recibirá un examen completo que incluye todas las medidas de rayos X necesarios, pruebas de diagnóstico, referencias, y los modelos de diagnóstico para hacer un análisis preciso de su salud oral. }

UCSD Student Run Free Dental Clinic

4. An ideal treatment plan along with alternative options will be given.
{ Un plan de tratamiento ideal, junto con otras opciones se le dará. }
5. Due to limited resources: root canals, dentures, partials, & crowns will be provided, as resources are available.
{ Por falta de recursos: tratamiento de conducto, dentaduras, parciales, y las coronas se proporcionará, como los recursos están disponibles. }
6. Patients may be referred to other clinics in order to receive their needed treatment at their own expense.
{ Los pacientes pueden ser referidos a otras clínicas para recibir el tratamiento necesario a sus expensas. }
7. Parents are welcome in the dental exam room during a child's first visit, but other young children are not normally allowed in the exam room.
{ Los padres son bienvenidos en la sala de examen dental durante la primera visita de un niño, pero otros niños normalmente no se permite en la sala de examen. }
8. Children are not allowed in the exam room while a parent is being treated.
{ Los niños no están permitidos en la sala de examen, mientras que un padre se está tratado. }
9. When children are brought to the clinic for treatment, a parent or guardian or other adult authorized to consent to the child's care shall be present in the clinic facility at all times.
{ Cuando los niños son llevados a la clínica para el tratamiento, un padre o tutor u otro adulto autorizado para consentir a la atención del niño deberán estar presentes en las instalaciones de la clínica en todo momento. }

Oral Home Care Responsibility {La responsabilidad de cuidado oral en casa}:

- After the comprehensive exam each patient will be given Oral Home Care instructions and a home care kit.
{ Después del examen exhaustivo, cada paciente se le dará instrucciones de cuidado oral en casa y un kit de cuidados en el hogar. }
- Patients will receive either a referral to a private office or Community Health Center for oral hygiene care or will be placed on a hygiene maintenance schedule at our clinics
{ Los pacientes recibirán ya sea una referencia a oficina privada o clínica comunidad para el cuidado de la higiene oral o se colocará en un programa de mantenimiento de la higiene oral en nuestras clínicas. }
- Patients must demonstrate adequate Oral Home Care in order to receive fixed or removable prosthetics .
{ Los pacientes deben demostrar adecuada oral Cuidados en el hogar para recibir prótesis fija o removable. }

I understand and agree to abide by these policies {Comprendo y concuerdo en respetar estas políticas}:

Patient's Signature {Firma del paciente}

Date {Fecha}

Dentist's Signature {Firma del dentista}

Date {Fecha}

Name of Patient: _____
{Nombre de Paciente}

DOB: _____
{Fecha de nacimiento}

Age: _____
{edad}

Cortez Hill Association of Community Health Agencies
{Cortez Hill Asociación de Agencias de Salud de la Comunidad}

Consent for Release of Protected Health Information
{Consentimiento para la Divulgación de Información Protegida de Salud}

This Consent is related to the Treatment that I will be receiving at the 1420 Third Ave. Student Run Free Clinic. The Cortez Hill Association of Community Health Agencies (CHACHA) is a collaborative approach to delivery of healthcare services. CHACHA consists of staff from the listed agencies. The staff from these agencies operates as a multidisciplinary team to provide a variety of healthcare services. I understand that the collaborative information obtained by the CHACHA agencies will be shared and used for screening, assessing, planning and facilitating the delivery of appropriate services by this team. I give my consent for this multiagency group to use and disclose Protected Health Information (PHI) about me to carry out treatment and health care operations (TPO). (The Notice of Privacy Practices provided by the collaborative describes such uses and disclosures more completely.)

{ Este consentimiento es relacionado con el tratamiento que va a recibir en el 1420 de la Tercera Avenida Estudiante Run Free Clinic. El Cortez Hill Asociación de Agencias Comunitarias de Salud (CHACHA) es un enfoque de colaboración para la prestación de servicios de salud. CHACHA se compone de personal de las agencias en la lista. El personal de estas agencias funciona como un equipo multidisciplinario para proporcionar una variedad de servicios de salud. Entiendo que la información de colaboración obtenida de los organismos de CHACHA serán compartidos y utilizados para la detección, evaluación, planificación y facilitación de la prestación de servicios apropiados de este colectivo. Yo doy mi consentimiento para que este grupo de multi-agencia para usar y divulgar Información Protegida de Salud (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento y atención médica (TPO). (El Aviso de Prácticas de Privacidad proporcionada por la colaboración se describen los usos y revelación más completa.)

This authorizes release of information and discussion of ongoing treatment between the agencies listed below until termination of treatment or revocation of consent. *{ Esto autoriza la divulgación de información y discusión de tratamiento en curso entre los organismos mencionados a continuación hasta la terminación del tratamiento o la revocación del consentimiento. }*

- UCSD Student-Run Free Clinic Project
- Third Avenue Charitable Organization
- Pacific College of Oriental Medicine
- UCSF School of Pharmacology
- UCSD School of Pharmacology

Please Initial the Following Statements *{ Por favor, iniciales en las declaraciones siguientes} :*

_____ With this consent, CHACHA may call my home or other alternative location and leave a message on voice mail or in person in reference to any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminders, and any calls pertaining to my clinical care, including laboratory test results, among others. *{ Con este consentimiento, CHACHA puede llamar a mi lugar de origen u otras alternativas y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier artículo que ayudan a la práctica de proporcionar TPO, tales como recordatorios de citas, y las llamadas referenta a mi atención clínica, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio, entre otros. }*

Cortez Hill Association of Community Health Agencies
{Cortez Hill Asociación de Agencias de Salud de la Comunidad}

_____ With this consent, CHACHA may mail to my home or other alternative location any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder cards and patient statements as long as they are marked "Personal and Confidential." I have the right to request that CHACHA restrict how it uses or discloses my PHI to carry out TPO. The practice is not required to agree to my requested restrictions, but if it does, it is bound by this agreement. *{ Con este consentimiento, , puede enviar por correo a mi casa o en otra ubicación alternativa cualquier artículo que ayudan a la práctica de proporcionar TPO, tales como tarjetas de recordatorio de citas y estados de cuenta siempre que sean marcados "Personal y Confidencial". Tengo el derecho de solicitar que CHACHA restringir la forma en que utiliza o divulga mi PHI para realizar TPO. La práctica no es requerida a aceptar mis restricciones solicitados, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.}*

I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent, or later revoke it, CHACHA may decline to provide treatment to me. *{ Puedo revocar mi consentimiento por escrito pero hasta el punto que la práctica ya ha hecho divulgaciones en confianza sobre mi consentimiento previo. Si yo no firmo este consentimiento, o después lo revoca, CHACHA puede negarse a proporcionar tratamiento a mí.}*

Signature of Patient or Legal Guardian <i>{Firma del Paciente o Guardián Legal}</i>	Date <i>{Fecha}</i>	Witness <i>{Firma del Testigo}</i>	Date <i>{Fecha}</i>
--	------------------------	---------------------------------------	------------------------

Print Patient's Name
{Imprima el nombre de paciente}

Print Name of Legal Guardian, if applicable
{Escriba el nombre del representante legal, si aplicable};



UCSD Student Run Free Clinic Project
UCSD School of Medicine
9500 Gilman Drive, #0696, La Jolla, Ca 92093-0696
Phone: 858-534-6110; Fax: 858-822-3990

Baker Clinic Site
at Baker Elementary School

4041 T Street
San Diego, Ca 92113

Downtown Site
at the First Lutheran Church

1420 Third Ave
San Diego, Ca 92101

Pacific Beach Site
at the Pacific Beach Methodist Church

1561 Thomas Street
San Diego, Ca 92109

Consent for (Consentimiento para) "CHACHA"

This is being provided to describe to you the relationship between the UCSD Student-Run Free Clinic Project and the Cortez Hill Association of Community Health Agencies, also known as "CHACHA", which is located at the First Lutheran Church at 1420 3rd Ave, San Diego, Ca 92101 { Esto se presta para describir a la relación entre la UCSD Estudiante-Dirigido Clínica Gratuita Proyecto y la Asociación Cortez Hill de Agencias de Salud de la Comunidad, también conocido como "CHACHA", que se encuentra en la Primera Iglesia Luterana a las 1420 3rd Ave., San Diego, CA 92101 }

The Cortez Hill Association of Community Health Agencies ("CHACHA") is a collaborative approach to the delivery of health care services. CHACHA consists of staff from the agencies listed below. This multi-agency staff operates as a multi-disciplinary team to provide a variety of health care services. I understand that the collaborative information obtained by the CHACHA agencies will be shared and used for treatment and healthcare operation purposes such as screening, assessment, planning and facilitating the delivery of appropriate services by members of the healthcare team. { La Asociación Cortez Hill de Agencias de Salud de la Comunidad ("CHACHA") es un enfoque de colaboración para la prestación de los servicios de salud. CHACHA se compone de personal de las agencias en la lista a continuación. Este personal de varias agencias funciona como un equipo multidisciplinario para proporcionar una variedad de servicios de salud. Entiendo que la información de colaboración obtenidos por los organismos CHACHA será compartidos y utilizados con fines de tratamiento y cuidado de la salud operativa como la detección, evaluación, planificación y facilitación de la prestación de servicios adecuados por los miembros del equipo de salud. }

The access, use, and disclosure of protected health information to health care members of this multi-agency group are a permitted use and disclosure and are necessary functions to carry out treatment and health care operations. The Notice Practices describes such uses and disclosures more completely. { El acceso, uso y divulgación de información de salud protegida a los miembros de salud de este grupo de multi-agencia es un uso permitido y la divulgación y funciones necesarias para realizar el tratamiento y operaciones de atención médica. El Aviso de Prácticas se describen los usos y revelación más completa. }

Members of CHACHA are (Miembros de CHACHA son):

- UCSD Student-Run Free Clinic Project {UCSD Proyecto Libre Clínica Dirigida por Estudiantes}
- Pacific College of Oriental Medicine (PCOM) {Pacific College de Medicina Oriental}
- UCSD School of Pharmacy {UCSD Facultad de Farmacia}
- UCSF School of Pharmacy {UCSF Facultad de Farmacia}
- UCSD Pre-Dental Society {Sociedad de la UCSD Pre-dental}
- Social worker(s) and other care providers from the Third Avenue Charitable Organization {La trabajadora social y otros proveedores de atención de la Tercera Avenida Organización Benéfica}
- Cal Western School of Law Community Law Project {Cal Western Facultad de Derecho}

Appointment Reminders (Recordatorios de Citas):

CHACHA may mail or call to my home or other alternative locations and/or leave a message (voice mail or in person) in reference to any items that assist the clinical practice in carrying out treatment or

healthcare operations, such as appointment reminders (messages), and any calls pertaining to my clinical care, including laboratory test results, among others. Patient reminder cards or letters may be mailed to my home or other alternative locations as long as they are marked "Personal and Confidential".

{ CHACHA puede enviar por correo o llamar a mi casa o en otros lugares alternativos y / o dejar un mensaje (correo de voz o en persona) en referencia a las partidas que asisten a la práctica clínica en la realización de tratamientos u operaciones de salud, tales como recordatorios de citas (mensajes), y las llamadas relativas a mi atención clínica, incluyendo los resultados de las pruebas de laboratorio, entre otros. Tarjetas de recordatorio de los pacientes o las cartas pueden enviarse por correo a mi casa u otras ubicaciones alternativas siempre que sean marcados "Personal y Confidencial". }

Signature of Patient or Legal Guardian/Date <i>{Firma del Paciente o Guardián Legal / Fecha}:</i>	Witness Signature and Date: <i>{ Firma del Testigo / Fecha }</i>
Print Patient's Name <i>{Imprima el nombre de paciente}:</i>	Print Name of Legal Guardian, If Applicable <i>{ Escriba el nombre del representante legal, en su caso }.</i>

*

UCSD
Student-Run Free Dental Clinic
Information On Procedures and Informed Consent

Patient's Name _____
Last First M.I.

Restorations: Fillings, Crowns, and Bridges

I understand that the diagnosed fillings, crown and bridges will be restored with the materials discussed at the examination visit (silver, tooth-colored composite, temporary material, porcelain or gold crowns). I will be responsible to ask any questions about materials and/or process of doing my restorations to my satisfaction at any time I think of them. The size of the fillings may change (may become larger or smaller), or a different restorative material may be recommended during treatment due to additional or unseen decay or structural weakness that could not be foreseen prior to treatment. Any changes will be discussed as soon as possible with the patient or parent. Teeth that have routine restorative procedures performed (temporaries, fillings, crowns, etc.) will be sensitive after treatment. This sensitivity or discomfort varies from patient to patient and may last from 2-3 weeks up to or beyond 6-8 weeks. I realize that if this sensitivity does not decrease or disappear, I may need additional treatment to the tooth, the most common being root canal therapy.

I understand that the objective is to achieve natural and "life-like" restorations but I understand that sometimes it is not possible to perfectly match the color of natural teeth with artificial restorations. I realize that I may be wearing temporary fillings or crowns, which may come off easily, and that I must be careful to keep them intact until the permanent crowns or fillings are completed. The final opportunity to make changes in color or shape of my crown or bridge will be before final cementation. Fillings or crowns that are constructed to fit under or with existing prosthetics (partial or complete dentures) may alter the fit or the feel of the prosthesis, resulting in the necessity for adjustments, relines, or the construction of new appliances.

Endodontic Therapy (Root Canal Treatment)

I realize that there is no guarantee that Root Canal Therapy will save my tooth (or teeth). Complications can occur before, during, and after treatment, such as infection, swelling, and pain. Additional possible complications include blocked or untreatable canals (calcified), fractured teeth or roots, broken files, short or long fills, and the possibility of the need for additional surgical procedures (apicoectomy) or extraction. The fee for the root canal therapy does not include the final permanent restoration (since this restoration can change from a single surface filling to a crown or bridge).

Surgical Procedures and Extractions (Removal of Teeth and Tissue):

Alternatives to removal have been explained to me (root canal therapy, crowns or fillings, and/or periodontal surgery, etc.). I understand removing teeth does not always remove all the infection, if present, and it may be necessary to have further treatment. Operative risks include, but are not limited to: discomfort (pain), swelling, bleeding (which may be prolonged), injuries to adjacent teeth & restorations, dry sockets, stretching of the corners of the mouth with resultant cracking, bruising, restricted mouth opening for several days or weeks, decision to leave a small piece of root in the jaw, fracture of the jaw, injury to the nerve underlying the teeth resulting in numbness or tingling of the chin, lip, cheek, gums and/or tongue that may persist for several weeks, months, or permanently, opening of the sinus (oral-antral fistula) possibly requiring referral to a specialist or additional surgery, and creating or exacerbating pain or clicking in the jaw joints (Temporomandibular joint disorders).

I also agree to return to the clinic for my recommended post operative visits. I authorize the dentist to remove the following teeth:

Teeth Numbers _____ Signature _____ Date _____

Teeth Numbers _____ Signature _____ Date _____

Patient or Legal Guardian's Signature

Date

Witness

Date

Translated On Other Side

Proyecto Libre Clínica Manejar por Estudiantes

La información En Procedimientos y Consentimiento Informado

Restauraciones: Empastes, coronas y puentes

Entiendo que el diagnóstico de empastes, coronas y puentes será restaurado con los materiales discutidos en la visita de examen (plata, del color del diente, metal, plástico, material temporal, porcelana o coronas de oro). Yo seré responsable de hacer cualquier pregunta sobre los materiales y / o proceso de hacer mi restauraciones a mi satisfacción en todo momento pienso en ellos. El tamaño de los rellenos pueden cambiar (puede llegar a ser más grandes o más pequeños), o un material de restauración diferente puede ser recomendada durante el tratamiento debido a la descomposición adicional o invisibles o debilidad estructural que no podían preverse antes del tratamiento. Los cambios serán discutidos tan pronto como sea posible con el paciente o sus padres. Los dientes que han realizado los procedimientos rutinarios de restauración (temporales empastes, coronas, etc) serán sensibles después del tratamiento. Esta sensibilidad o malestar varía de paciente a paciente y puede durar de 2-3 semanas hasta o más allá de 6-8 semanas. Comprendo que si esta sensibilidad no disminuye o desaparece puede que necesite tratamiento adicional al diente, el más común es la terapia de conducto radicular.

Entiendo que el objetivo es lograr natural y "realistas" restauraciones pero entiendo que a veces no es posible para que coincida perfectamente el color de los dientes naturales con restauraciones artificiales. Comprendo que yo pueda estar usando rellenos o coronas temporales, que se podría salir fácilmente, y que debo tener cuidado de mantener intactos hasta que las coronas permanentes o rellenos se han completado. La última oportunidad para hacer cambios en el color o la forma de mi corona o puente será antes de la cementación final. Rellenos o coronas que se construyen para caber en o con prótesis existentes (dentaduras parcial o completa) puede alterar la forma o la sensación de la prótesis, lo que resulta en la necesidad de ajustes, rebases, o la construcción de nuevos aparatos.

Terapia de Endodoncia (Tratamiento de Conductos Radiculares)

Comprendo que no hay ninguna garantía de que la terapia conductos radicales guardará mi diente (o dientes). Las complicaciones pueden ocurrir antes, durante y después del tratamiento, tales como inflamación, infección y dolor. Adicionales posibles complicaciones incluyen canales bloqueado o intratable (calcificada), dientes fracturados o raíces, archivos en mal estado, relleno corto o largo, y la posibilidad de la necesidad de procedimientos quirúrgicos adicionales (apicectomía) o la extracción. El costo de la terapia del conducto radicular no incluye la restauración final permanente (ya que la restauración puede cambiar de un relleno para superficie sola a una corona o un puente).

Procedimientos Quirúrgicos y Extracciones (remoción de los dientes y tejidos):

Alternativas a la eliminación se han explicado a mí (tratamiento de conducto, coronas o rellenos, y / o cirugía periodontal, etc). Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si está presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Riesgos operativos incluyen, pero no se limitan a: molestias (dolor), hinchazón, sangrado (que puede ser prolongada), las lesiones a los dientes y restauraciones adyacentes, alveolitis, estirando de las esquinas de la boca con la resultante grietas, magulladuras, la apertura restringido de la boca de varios días o semanas, la decisión de dejar un pequeño pedazo de la raíz en la mandíbula, fractura de la mandíbula, lesión del nervio subyacente de los dientes provocando entumecimiento u hormigueo en la barbilla, los labios, las mejillas, las encías y / o la lengua que puede persistir durante varias semanas, meses, o permanente, la apertura del seno (fístula oro-antral) posiblemente requieran ser derivados a un especialista o una cirugía adicional, y crear o agravar el dolor o hacer clic en las articulaciones de la mandíbula (trastornos de la articulación temporomandibular).

También estoy de acuerdo para volver a la clínica para mis visitas recomendadas postoperatorio. Yo autorizo al dentista para eliminar los dientes siguientes:

Dientes números _____ Firma _____ Fecha _____

Dientes números _____ Firma _____ Fecha _____

Firma del paciente o tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha

**UCSD
Free Dental Clinic
Dental Examination & Problem List**

Patient's Name _____
Last
First
M.I.
Age
Exam Date

Existing Conditions

Tooth #	Maxilla	Tooth #	Mandible
1		17	
2		18	
3		19	
4A		20K	
5B		21L	
6C		22M	
7D		23N	
8E		24O	
9F		25P	
10G		26Q	
11H		27R	
12I		28S	
13J		29T	
14		30	
15		31	
16		32	

Prosthetics: _____

Periodontal Screening/Exam
 Class : No Disease / I II III IV

Oral Cancer Exam

Orthodontic Evaluation

Other Observations

Diagnosis & Recommended Treatment

Tooth #	Problem	Treatment Recommended	Date Resolved	Initial
1				
2				
3				
4A				
5B				
6C				
7D				
8E				
9F				
10G				
11H				
12I				
13J				
14				
15				
16				

Tooth #	Problem	Treatment Recommended	Date Resolved	Initial
17				
18				
19				
20K				
21L				
22M				
23N				
24O				
25P				
26Q				
27R				
28S				
29T				
30				
31				
32				

Periodontal Tx: _____

Prosthetics: _____

Examining Dentist _____

Dentist Signature _____

