

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: _____
(Fecha de Hoy)

Name of Patient: _____
(Nombre del Paciente): Last (Apellido) First (Primer Nombre) M.I. (Inicial del Segundo Nombre)

DOB: _____ Age: _____
(Fecha de nacimiento) (Edad)

1. Reason for Today's Visit: _____
(Razón para la visita de hoy)
 2. How long since your last dental visit? _____
(¿Hace cuánto que fue su última visita al dentista?)
 3. Date of last dental x-ray: _____
(Fecha de los últimos rayos-X dentales:)
 4. Former dentist's name: _____
(Nombre del dentista anterior):
- Address: _____
(dirección:)
- Phone: _____
(Teleéfono:)
5. When was the last time your teeth were cleaned? _____
(¿Cuándo fu su última limpieza de dientes?)
 6. Please check if you have had any of the following:
(favor de marcar todos los que haya tenido:)
- Bad breath (mal aliento)
 - Bleeding gums (encías que sangran)
 - Clicking or popping jaw (mandibula que se salta o hace clic)
 - Food Collection between teeth (la comida se junta entre los dientes)
 - Grinding teeth (dientes que rechinan)
 - Loose teeth (dientes sueltos)
 - Broken fillings (empastes rotos)
 - Periodontal treatment (tratamiento periodontal)
 - Sensitivity to cold (sensitive al frio)
 - Sensitivity to hot (sensitive al color)
 - Sensitivity to sweets (sensitive a los dulces)
 - Sensitivity to biting (sensitive al morder)
 - Sores or growths in mouth (llagas o bultos en la boca)
7. Any other problems or questions concerning your teeth or general dental health? (¿Algún otro problema o pregunta respecto a sus dientes o salud dental en general?) _____

Comments:

I certify that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge. (Certifico que la información anterior es completa y exacta a mi leal saber.)

Patient's Signature: _____ Date: _____

Dentist's initials: _____ Date: _____ Date: _____
 _____ Date: _____ Date: _____
 _____ Date: _____ Date: _____

MED ALERT

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, ¿cuánto?) _____
 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
{ La firma de Paciente o Guardián }

Print Name
{Nombre}

Date {Fecha}

Relationship to Patient (if Guardian)
{Relación con el paciente (si Guardian)}

Name of Interpreter (if applicable)
{El nombre de Intérprete (si aplicable)}

Phone Number
{Número Telefónico}

Communication Authorization

Date of Last Update: _____ Staff Member: _____

Authorized by (Autorizado por):

Patient _____ Legal Guardian _____ Spouse _____ Power of Attorney (HC) _____ HC Proxy _____
{Paciente} {Guardián Legal} {Esposo/a} {Poder Notarial (Salud)} {Poder de Salud}

Phone: _____
{teléfono}

Home Address: _____
{Domicilio}

____ Detailed Message Authorized
{Se Autoriza Mensaje Detallado}

____ Detailed Letters Authorized
{Se Autoriza Cartas Detalladas}

____ Leave Call Back Number Only
{Sólo dejar n´numero para regresar llamada}

____ No Contact Authorized
{No Se Autoriza Ningún Contacto}

____ No Contact Authorized
{No Se Autoriza Ningún Contacto}

Patient or Other Person Authorized to Sign: _____ Date: _____
{Paciente o Alguien Autorizado para Firmar} {Fecha}

UCSD Student Run Free Dental Clinic

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

This informed consent is given to UCSD Student Run Free Dental Clinic, after having first received a full explanation of the proposed treatment, alternative treatment and treatment risks, to perform the following treatment procedures: *(Se otorga este consentimiento informado a los Dentistas de UCSD Student Run free Dental Clinic, para que se efectúe(n) el(los) siguiente(s) procedimiento(s) de tratamiento, luego de primero haber recibido una completa explicación del tratamiento propuesto, tratamiento alternativo, y riesgos del tratamiento):*

I understand that the expected results of treatment cannot be guaranteed and the dentist has discussed to my satisfaction the following: *(Comprendo que no se pueden garantizar los resultados anticipados del tratamiento y que el dentista ha explicado a satisfacción mía lo siguiente):*

1. The nature and character of treatment *(La naturaleza y el carácter del tratamiento)*
2. Alternative types of treatment available, and *(tipos de tratamientos alternativos disponibles, y)*
3. Possible risks associated with treatment, and complications, which may result if treatment is not accomplished. *(posibles riesgos asociados con el tratamiento, y las complicaciones que podrían resultar si es que no se logra el tratamiento)*

I further consent to the administration of local anesthesia, antibiotics or any other drugs that may be deemed necessary. *(Además consiento a la administración de anestesia local, antibióticos, o cualesquiera otra droga que se considere necesaria.)*

The dentist has offered to answer all questions concerning the proposed treatment. I understand I am free to withdraw consent to the proposed treatment at any time. *(El dentista ha ofrecido responder todas las preguntas respecto al tratamiento propuesto. Comprendo que tengo plena libertad para retirar mi consentimiento al tratamiento propuesto en cualquier momento.)*

Oral health conditions change over time. Treatment plans are good for six months for children and one year for adults. *(Las condiciones de la salud oral cambian con el tiempo. Los planes de tratamiento son válidos por seis meses para los niños, y un año para los adultos.)*

Teaching Facility: The UCSD Student-Run Free Dental Clinic is a teaching facility for training medical & dental students, interns, residents, healing arts students (for example, nursing, x-ray, rehabilitation therapy), and post-graduate students. I understand that the trainees may participate in the patient' care under the direct supervision of the attending physician or dentist. *(Enseñanza Instalación: La UCSD estudiante-funciona Libre Clínica Dental es un centro de enseñanza para la médica y dental a los estudiantes, internos, residentes, estudiantes de arte de la curación (por ejemplo, enfermería, rayos X, terapia de rehabilitación), y el postgrado. Entiendo que los alumnos podrán participar en el cuidado del paciente con la supervisión directa del médico o dentista.)*

The University of California, San Diego (UCSD) is hereby granted permission to photograph the undersigned and to use prints and productions derived therefrom for its public relations, publicity and promotional purposes. This consent is given as a voluntary courtesy and with the understanding that no remuneration will be paid to me by UCSD for such use. *(La Universidad de California en San Diego (UCSD) se concede permiso para fotografiar los abajo firmantes y utilizar láminas de arte y producciones derivadas para sus relaciones públicas, publicidad y promoción. Este consentimiento es dado como muestra de cortesía voluntaria y con el entendimiento de que no remuneración se pagará a mí por UCSD para tal uso.)*

By signing below, I acknowledge that I have read this document, understand the information presented and have had all my questions answered satisfactorily. *(Al firmar abajo, admito que yo he leído este documento, que comprendo la información presentada, y que se me han respondido satisfactoriamente todas mis preguntas.)*

I also agree to return to the clinic for my recommended post operative visits. *(También estoy de acuerdo para volver a la clínica para mis visitas recomendadas postoperatorio.)*

Patients or Person Legally Responsible: _____
(Paciente o Persona Responsable legalmente): Signature (Firma) Date (Fecha)

Witness: _____
(Testigo): Signature (Firma) Date (Fecha)

Doctor: _____
(Doctor): Signature (Firma) Date (Fecha)

Interpreter: _____ Phone: _____
 Home Work

Address: _____

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 llame 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}

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 radiculares 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 _____

