

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

NOMBRE _____ NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

NO. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

MARQUE EL CUADRO CORRESPONDIENTE: MENOR SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A) SEPARADO(A)

SI ES ESTUDIANTE UNIVERSITARIO A TIEMPO COMPLETO O PARCIAL,
 NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

EMPLEADOR DEL PACIENTE O DEL PADRE O TUTOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN COMERCIAL _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE O DEL PADRE O TUTOR _____ EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

¿A QUIÉN LE PODEMOS AGRADECER POR DERIVARLO? _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____

PARTE RESPONSABLE

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO DE DOMICILIO _____

NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____

EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

¿ESTÁ PERSONA ES ACTUALMENTE PACIENTE DE NUESTRA CONSULTA? SÍ NO

INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE EMPLEO _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ TELÉFONO # _____ NO. DE GRUPO _____ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? _____ ¿CUÁNTO HA USADO? _____ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? _____

¿TIENE ALGÚN SEGURO ADICIONAL? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, LLENE LO SIGUIENTE:

NOMBRE DEL ASEGURADO _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE EMPLEO _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ NO. DE SINDICATO O GREMIO LOCAL _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ TELÉFONO # _____ NO. DE GRUPO _____ NO. DE PÓLIZA/IDENTIFICACIÓN _____

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ CIUDAD _____ ESTADO/PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL/P.C. _____

¿DE CUÁNTO ES SU DEDUCIBLE? _____ ¿CUÁNTO HA USADO? _____ ¿BENEFICIO MÁXIMO ANUAL? _____

ITEM DB1-4582/1-9822

X

SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE _____

NÚMERO DEL PACIENTE _____

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

California Dental Care
Nahreen Imam, D.D.S., Inc.
3860 Broadway St., Suite 104
American Canyon, CA 94503, USA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

AUNQUE EL PERSONAL DENTAL TRATA PRINCIPALMENTE EL ÁREA INTERNA Y AL REDEDOR DE LA BOCA, ÉSTA ES PARTE DEL CUERPO EN SU TOTALIDAD. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PUEDE TENER, O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, PODRÍAN TENER UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIRÁ. GRACIAS POR RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿HA BAJADO RECIENTEMENTE DE PESO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____			12. ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FEN-PHEN/REDUX?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. NOMBRE DEL MÉDICO _____ DIRECCIÓN _____ NO. DE TELÉFONO _____			13. ¿FUMA TABACO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿USA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ENFERMEDAD GRAVE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿ESTÁ USANDO LENTES DE CONTACTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPLIQUE: _____			16. ¿TIENE TOS O ACLARACIÓN PERSISTENTE DE LA GARGANTA NO ASOCIADA CON UNA ENFERMEDAD CONOCIDA (QUE HAYA DURADO MÁS DE TRES SEMANAS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO(S) INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA QUE NO SE HAYA INDICADO ANTES QUE CREA QUE DEBA SABER?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? _____			SOLO MUJERES: ¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDE ESTARLO?		
8. ¿HA TENIDO ALGUNA HEMORRAGIA ANORMAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ESTÁ AMAMANTANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿SE HACE MORETONES CON FACILIDAD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIONES A:			RONCHAS O SARPULLIDOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANESTESIA LOCAL COMO LA NOVOCAÍNA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPISODIOS DE DESMAYOS O MAREOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDICAMENTOS CON SULFA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA O INFECCIÓN DE VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARBITÚRICOS, SEDANTES O PÍLDORAS PARA DORMIR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS A LA TIROIDES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASPIRINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALERGIAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YODO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARTRITIS O REUMATISMO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALGÚN METAL (POR EJEMPLO, NÍQUEL, MERCURIO, ETC.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMPLANTE O REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LÁTEX/GOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERA ESTOMACAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTROS (INDIQUE) _____			PROBLEMAS AL RIÑÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE:			TUBERCULOSIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARDIOPATÍA REUMÁTICA O FIEBRE REUMÁTICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS PERSISTENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIEBRE ESCARLATINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOS CON SANGRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEFECTO CARDIACO O SOPLO CARDIACO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QUIMIOTERAPIA (CÁNCER, LEUCEMIA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS CARDIACOS, ATAQUE CARDIACO O ANGINA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR EN EL PECHO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA O CONVULSIONES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PARA RESPIRAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEMIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARCAPASOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CIRUGÍA CARDIACA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVIOSISMO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AMIGDALITIS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMA CONGÉNITO DEL CORAZÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUMORES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS, MANOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS LUMBARES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERRAME CEREBRAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDENCIA DE FÁRMACOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS SINUSALES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO CON CORTISONA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASMA O FIEBRE DEL HENO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HERPES LABIAL/AMPOLLAS POR FIEBRE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			HIPOGLUCEMIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITEM 081-4608/18623

NÚMERO DEL PACIENTE _____

ANTECEDENTES DENTALES DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____

RAZÓN DE ESTA VISITA _____

¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMA VISITA DENTAL? _____ ¿QUÉ LE HICIERON ENTONCES? _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITÓ AL DENTISTA ANTES DE ESO? _____

DENTISTA ANTERIOR (NOMBRE Y UBICACIÓN) _____

¿LE HAN HECHO UNA SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS DENTALES (RAYOS X)? INDIQUE CUÁNDO Y DÓNDE _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE CEPILLA LOS DIENTES? _____

¿CON QUÉ FRECUENCIA USA SEDA DENTAL EN LOS DIENTES? _____

¿EL AGUA POTABLE QUE USA ES FLUORADA? _____

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿SANGRAN SUS ENCÍAS MIENTRAS SE CEPILLA O USA LA SEDA DENTAL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿SE MUERDE LOS LABIOS O MEJILLAS CON FRECUENCIA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS FRÍOS O CALIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA NOTADO ALGÚN DIENTE SUELTO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SUS DIENTES SON SENSIBLES A LOS LÍQUIDOS O ALIMENTOS DULCES O AMARGOS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿QUEDA ATRAPADA LA COMIDA ENTRE SUS DIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿SIENTE DOLOR EN ALGUNO DE SUS DIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PERIODONTAL (ENCÍAS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿TIENE ALGUNA LLAGA O BULTO EN LA BOCA O ALREDEDOR DE ELLA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ALGUNA VEZ USÓ UNA PLACA DE MORDIDA U OTRO APARATO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA TENIDO LESIONES EN LA CABEZA, CUELLO O MANDÍBULA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA TENIDO EXTRACCIONES DIFÍCILES EN EL PASADO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿HA EXPERIMENTADO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN LA MANDÍBULA?			¿HA TENIDO ALGUNA VEZ UNA HEMORRAGIA PROLONGADA DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHASQUIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿USA PRÓTESIS TOTALES O PARCIALES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOLOR (ARTICULACIÓN, OÍDO, COSTADO DE LA CARA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE POSTURA _____		
DIFICULTAD PARA ABRIRLA O CERRARLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ INSTRUCCIONES DE HIGIENE BUCAL CONCERNIENTE AL CUIDADO DE SUS DIENTES Y ENCÍAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIFICULTAD PARA MASTICAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿TIENE DOLORES DE CABEZA FRECUENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿APRIETA O RECHINA LOS DIENTES?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI PUDIERA CAMBIAR ALGO DE SU SONRISA, ¿QUÉ SERÍA? _____

AUTORIZACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN
 CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y QUE COMPRENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR, A MI ENTENDER, LAS PREGUNTAS ANTERIORES SE HAN CONTESTADO EN FORMA PRECISA. COMPRENDO QUE PROPORCIONAR INFORMACIÓN INCORRECTA PUEDE SER PELIGROSO PARA MI SALUD. YO AUTORIZO AL DENTISTA A ENTREGAR CUALQUIER INFORMACIÓN INCLUIDO EL DIAGNÓSTICO Y REGISTROS DE TRATAMIENTO O EXÁMENES BRINDADOS A MI O A MI HIJO DURANTE EL PERÍODO DE ATENCIÓN DENTAL A TERCEROS PAGADORES Y/O A OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD. AUTORIZO Y SOLICITO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS A PAGAR DIRECTAMENTE AL DENTISTA O GRUPO DE DENTISTAS LOS BENEFICIOS DEL SEGURO O DE LO CONTRARIO PAGADEROS A MI PERSONA. COMPRENDO QUE MI ASEGURADORA PUEDE PAGAR MENOS QUE LA CUENTA ACTUAL POR ESTOS SERVICIOS. ACEPTO HACERME RESPONSABLE DE LOS PAGOS DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS EN MI NOMBRE O MIS CARGAS.

X _____ FECHA _____
 SI ES MENOR DE EDAD, FIRMA DEL PADRE O TUTOR DEL PACIENTE

COMENTARIOS DEL MÉDICO _____

FIRMA _____ FECHA _____

NÚMERO DEL PACIENTE _____



CALIFORNIA DENTAL CARE

NAHREEN IMAM, D.D.S., INC.

3860 Broadway St., Suite 104

American Canyon, CA 94503

Phone: (707)553-8008 • Fax: (707)553-8005

Policy Review

Billing:

You are fully responsible for costs incurred for all treatment provided. As a courtesy to you, your insurance will be billed for covered treatment. Co-payment is due at the time of treatment unless payment plan has been previously set-up. Payment is due in full for this treatment within sixty (60) days of the date of service, however, whether or not partial insurance benefits have been received.

Confirmation:

All appointments must be confirmed in advance. If we are unable to reach you directly by phone or we do not receive a return call after leaving a message for you at least 24 hours ahead of time, your appointment time could be offered to another patient.

Cancellations:

A minimum of twenty-four (24) hour notice is required for appointment that must be rescheduled to avoid a broken appointment charge of \$50.00.

Patient Signature: _____

Date: _____

California Dental Care

Patient Acknowledgment Form Receipt of Dental Materials Fact Sheet

- ◇ My dentist has given me a copy of **The Dental Board of California's Dental Material Fact Sheet** as required by law.
- ◇ My dentist has explained the reasons for recommending specific type of dental restoration material.
- ◇ If I am pregnant, or diabetic, or a child (or guardian of a child patient), I have discussed the pros and cons of amalgam restoration with my dentist.
- ◇ If I have had unusually sensitive reactions to other materials in the past, I have discussed this sensitivity with my dentist prior to restoration work.
- ◇ I have had a chance to ask any questions I may have, and have received satisfactory answers to those questions.
- ◇ Additional Comments:

Patient Signature: _____

Date: _____

CONSENTIMIENTO INFORMATIVO DE ODONTOLOGIA GENERAL

California Dental Care
Nahreen Inam, D.D.S., Inc.
3860 Broadway St., Suite 104
American Canyon, CA 94503, USA

1. TRATAMIENTO A SEGUIR

Comprendo que voy a tener el siguiente tratamiento: rayos X, profilaxis (limpieza), y otros _____ X (inicial _____)

2. MEDICAMENTO Y DROGAS

Comprendo que los antibióticos, analgésicos, y otros medicamentos pueden ocasionar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómitos, y/o anafilaxia. X (inicial _____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Comprendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a condiciones descubiertas en los dientes, que no fueron descubiertas durante el examen. Por ejemplo, canal dental subsiguiente a procedimientos restaurativos rutinarios. Yo doy mi consentimiento al dentista para hacer cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios. X (inicial _____)

4. EXTRACCION DE DIENTES

Me han sido explicadas las alternativas para extraer los dientes (terapia de canal dental, coronas dentales, y cirugía periodóntica, etc.), y yo autorizo al dentista a extraer los siguientes dientes: _____ y cualquiera otro que sea necesario por razones descritas en el párrafo #3. Comprendo que las extracciones de los dientes, no siempre eliminan toda infección, si presente, y tal vez sea necesario someterse a tratamientos adicionales. Comprendo los riesgos que conllevan extracciones dentales, los cuales son: dolor, hinchazón, propagación de infección, hueso dental no óptimo, pérdida de sensación en los dientes, labios, lengua y tejidos circunvecinos que puede durar por tiempo indefinido, o fractura de la quijada. Comprendo que puedo requerir tratamiento adicional por un especialista si se presentan complicaciones durante o mientras se sigue el tratamiento, por el cual asumiré la responsabilidad del costo. (inicial _____)

5. CORONAS DENTALES, PUENTES, Y CHAPAS

Comprendo que no se me ha dado garantía alguna de que el tratamiento propuesto será para mi completa satisfacción. Comprendo que a veces no es posible igualar el color exacto de mis dientes con dientes artificiales. También entiendo que tal vez tenga que usar coronas temporeras, las cuales pueden salir fácilmente y las cuales yo tengo que asegurarme de mantenerlas puestas hasta que las coronas dentales permanentes sean entregadas. Comprendo que la oportunidad final para hacer cambios en mi nueva corona dental, puente, o chapa dental (incluyendo forma, tamaño, adapte, y color) es antes de la cementación. También es mi responsabilidad regresar para la cementación permanente dentro de 20 días a partir de la preparación del diente. Retrasos excesivos pueden causar movimiento del diente. Esto puede ocasionar la necesidad de hacer una nueva corona dental, puente, o chapa dental. Comprendo que habrá cargos adicionales debido a mis retrasos para la cementación permanente. (inicial _____)

6. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CANAL DENTAL)

Comprendo que no es garantizado que el tratamiento de canal dental salve mi diente, y que complicaciones pueden ocurrir por el tratamiento: y que ocasionalmente material de rellenar el canal dental puede extenderse por todo el diente, lo cual, necesariamente no afecta el éxito del tratamiento. Comprendo que las filas o limas endodónticas y los exprimidores son instrumentos muy delicados y tensiones expuestas en su fabricación puede causar que se separen/desprendan durante su uso. Comprendo que ocasionalmente adicionales procedimientos quirúrgicos pueden ser necesarios subsiguientes al tratamiento de canal dental (aplectomía.) Comprendo que aún haciendo todos los esfuerzos posibles para salvar el diente, éste se puede echar a perder. (inicial _____)

7. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Comprendo que tengo una seria condición, causando inflamación de encía y hueso o pérdida lo cual puede causar la pérdida de mis dientes. Planes de tratamiento alternativo me han sido explicados incluyendo cirugía, sustitución y/o extracciones. Comprendo que someténdome a cualquier procedimiento dental puede tener efectos adversos en mi condición periodóntica en el futuro. (inicial _____)

8. EMPASTES

Comprendo que debo ejercer cuidado en masticar con empastes, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar roturas. Entiendo que un empaste más extensivo que originalmente diagnosticado pueda ser requerido debido a caries adicionales. Comprendo que significativa sensibilidad es un efecto secundario común de un empaste nuevo. (inicial _____)

9. DENTADURAS POSTIZAS

Comprendo que el utilizar dentaduras postizas es difícil. Puntos dolorosos, dificultad al hablar, y dificultad al comer son problemas comunes. La dentadura inmediata (puesta inmediatamente después de extracciones dentales) puede ser dolorosa. La dentadura inmediata puede requerir considerables ajustes y varios cambios. Un cambio permanente va a ser necesario más tarde. Esto no está incluido en los cargos de las dentaduras postizas. Comprendo que es mi responsabilidad regresar para la entrega de las dentaduras. Comprendo que si no me presento a la cita para la entrega de las dentaduras, podría resultar un ajuste inadecuado de la dentadura(s) Si una reconstrucción es requerida debido a mi tardanza de más de 30 días, se adjudicarán cargos adicionales a mi cuenta. (inicial _____)

Comprendo que Odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, practicantes acreditados no pueden garantizar resultados apropiadamente. Admito que nadie me ha dado garantía o seguridad concerniente al tratamiento dental, el cual yo he requerido y he autorizado. Comprendo que ningún otro dentista es responsable por mi tratamiento dental.

Mediante esto, autorizo a cualquiera de los doctores de los auxiliares dentales a proceder y realizar las restauraciones dentales y los tratamientos ya explicados. Comprendo que tan solo es un estimado y es sujeto a modificaciones dependiendo de circunstancias imprevistas o diagnosticadas que puedan surgir durante el curso del tratamiento. Comprendo que independientemente de cualquier cobertura de seguro dental que yo tenga, soy responsable por los cargos de tarifas dentales. Estoy de acuerdo a pagar por honorarios legales, cargos por cobro, o por los honorarios judiciales que sean incurridos para satisfacer esta obligación.

Firma del Paciente/Guardián _____

Fecha _____

Dental Materials – Advantages & Disadvantages

PORCELAIN FUSED TO METAL

This type of porcelain is a glass-like material that is "enameled" on top of metal shells. It is tooth-colored and is used for crowns and fixed bridges

Advantages

- Good resistance to further decay if the restoration fits well
- Very durable, due to metal substructure
- The material does not cause tooth sensitivity
- Resists leakage because it can be shaped for a very accurate fit

Disadvantages

- More tooth must be removed (than for porcelain) for the metal substructure
- Higher cost because it requires at least two office visits and laboratory services

GOLD ALLOY

Gold alloy is a gold-colored mixture of gold, copper, and other metals and is used mainly for crowns and fixed bridges and some partial denture frameworks

Advantages

- Good resistance to further decay if the restoration fits well
- Excellent durability; does not fracture under stress
- Does not corrode in the mouth
- Minimal amount of tooth needs to be removed
- Wears well; does not cause excessive wear to opposing teeth
- Resists leakage because it can be shaped for a very accurate fit

Disadvantages

- Is not tooth colored; alloy is yellow
- Conducts heat and cold; may irritate sensitive teeth
- High cost; requires at least two office visits and laboratory services

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

1432 Howe Avenue • Sacramento, California 95825

www.dbc.ca.gov

Published by

CALIFORNIA DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS
5/04

The Facts About Fillings



*The Facts
About Fillings*

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA
1432 Howe Avenue • Sacramento, California 95825
www.dbc.ca.gov

Dental Materials – Advantages & Disadvantages

GLASS IONOMER CEMENT

Glass ionomer cement is a self-hardening mixture of glass and organic acid. It is tooth-colored and varies in translucency. Glass ionomer is usually used for small fillings, cementing metal and porcelain/metal crowns, liners, and temporary restorations.

Advantages

- Reasonably good esthetics
- May provide some help against decay because it releases fluoride
- Minimal amount of tooth needs to be removed and it bonds well to both the enamel and the dentin beneath the enamel
- Material has low incidence of producing tooth sensitivity
- Usually completed in one dental visit

Disadvantages

- Cost is very similar to composite resin (which costs more than amalgam)
- Limited use because it is not recommended for biting surfaces in permanent teeth
- As it ages, this material may become rough and could increase the accumulation of plaque and chance of periodontal disease
- Does not wear well; tends to crack over time and can be dislodged

RESIN-IONOMER CEMENT

Resin ionomer cement is a mixture of glass and resin polymer and organic acid that hardens with exposure to a blue light used in the dental office. It is tooth colored but more translucent than glass ionomer cement. It is most often used for small fillings, cementing metal and porcelain metal crowns and liners.

Advantages

- Very good esthetics
- May provide some help against decay because it releases fluoride
- Minimal amount of tooth needs to be removed and it bonds well to both the enamel and the dentin beneath the enamel
- Good for non-biting surfaces
- May be used for short-term primary teeth restorations
- May hold up better than glass ionomer but not as well as composite
- Good resistance to leakage
- Material has low incidence of producing tooth sensitivity
- Usually completed in one dental visit

Disadvantages

- Cost is very similar to composite resin (which costs more than amalgam)
- Limited use because it is not recommended to restore the biting surfaces of adults
- Wears faster than composite and amalgam

Toxicity of Dental Materials

Dental Amalgam

Mercury in its elemental form is on the State of California's Proposition 65 list of chemicals known to the state to cause reproductive toxicity. Mercury may harm the developing brain of a child or fetus.

Dental amalgam is created by mixing elemental mercury (43-54%) and an alloy powder (46-57%) composed mainly of silver, tin, and copper. This has caused discussion about the risks of mercury in dental amalgam. Such mercury is emitted in minute amounts as vapor. Some concerns have been raised regarding possible toxicity. Scientific research continues on the safety of dental amalgam. According to the Centers for Disease Control and Prevention, there is scant evidence that the health of the vast majority of people with amalgam is compromised.

The Food and Drug Administration (FDA) and other public health organizations have investigated the safety of amalgam used in dental fillings. The conclusion: no valid scientific evidence has shown that amalgams cause harm to patients with dental restorations, except in rare cases of allergy. The World Health Organization reached a similar conclusion stating: "Amalgam restorations are safe and cost effective."

A diversity of opinions exists regarding the safety of dental amalgams. Questions have been raised about its safety in pregnant women, children, and diabetics. However, scientific evidence and research literature in peer-reviewed scientific journals suggest that otherwise healthy women, children, and diabetics are not at an increased risk from dental amalgams in their mouths. The FDA places no restrictions on the use of dental amalgam.

Composite Resin

Some Composite Resins include Crystalline Silica, which is on the State of California's Proposition 65 list of chemicals known to the state to cause cancer.

It is always a good idea to discuss any dental treatment thoroughly with your dentist.

Dental Materials – Advantages & Disadvantages

DENTAL AMALGAM FILLINGS

Dental amalgam is a self-hardening mixture of silver-tin-copper alloy powder and liquid mercury and is sometimes referred to as silver fillings because of its color. It is often used as a filling material and replacement for broken teeth.

Advantages

- ☞ Durable: long lasting
- ☞ Wears well: holds up well to the forces of biting
- ☞ Relatively inexpensive
- ☞ Generally completed in one visit
- ☞ Self-sealing: minimal-to-no shrinkage and resists leakage
- ☞ Resistance to further decay is high, but can be difficult to find in early stages
- ☞ Frequency of repair and replacement is low

Disadvantages

- Refer to “What About the Safety of Filling Materials”
- Gray colored, not tooth colored
- May darken as it corrodes; may stain teeth over time
- Requires removal of some healthy tooth
- In larger amalgam fillings, the remaining tooth may weaken and fracture
- Because metal can conduct hot and cold temperatures, there may be a temporary sensitivity to hot and cold.
- Contact with other metals may cause occasional, minute electrical flow

The durability of any dental restoration is influenced not only by the material it is made from but also by the dentist's technique when placing the restoration. Other factors include the supporting materials used in the procedure and the patient's cooperation during the procedure. The length of time a restoration will last is dependent upon your dental hygiene, home care, and diet and chewing habits.

COMPOSITE RESIN FILLINGS

Composite fillings are a mixture of powdered glass and plastic resin, sometimes referred to as white, plastic, or tooth-colored fillings. It is used for fillings, inlays, veneers, partial and complete crowns, or to repair portions of broken teeth.

Advantages

- ☞ Strong and durable
- ☞ Tooth colored
- ☞ Single visit for fillings
- ☞ Resists breaking
- ☞ Maximum amount of tooth preserved
- ☞ Small risk of leakage if bonded only to enamel
- ☞ Does not corrode
- ☞ Generally holds up well to the forces of biting depending on product used
- ☞ Resistance to further decay is moderate and easy to find
- ☞ Frequency of repair or replacement is low to moderate

Disadvantages

- Refer to “What About the Safety of Filling Materials”
- Moderate occurrence of tooth sensitivity; sensitive to dentist's method of application
- Costs more than dental amalgam
- Material shrinks when hardened and could lead to further decay and/or temperature sensitivity
- Requires more than one visit for inlays, veneers, and crowns
- May wear faster than dental enamel
- May leak over time when bonded beneath the layer of enamel





Dental Materials Fact Sheet

What About the Safety of Filling Materials?

Patient health and the safety of dental treatments are the primary goals of California's dental professionals and the Dental Board of California. The purpose of this fact sheet is to provide you with information concerning the risks and benefits of all the dental materials used in the restoration (filling) of teeth.

The Dental Board of California is required by law* to make this dental materials fact sheet available to every licensed dentist in the state of California. Your dentist, in turn, must provide this fact sheet to every new patient and all patients of record only once before beginning any dental filling procedure.

As the patient or parent/guardian, you are strongly encouraged to discuss with your dentist the facts presented concerning the filling materials being considered for your particular treatment.

* *Business and Professions Code 1648.10-1648.20*

Allergic Reactions to Dental Materials

Components in dental fillings may have side effects or cause allergic reactions; just like other materials we may come in contact with in our daily lives. The risks of such reactions are very low for all types of filling materials. Such reactions can be caused by specific components of the filling materials such as mercury, nickel, chromium, and/or beryllium alloys. Usually, an allergy will reveal itself as a skin rash and is easily reversed when the individual is not in contact with the material.

There are no documented cases of allergic reactions to composite resin, glass ionomer, resin ionomer, or porcelain. However, there have been rare allergic responses reported with dental amalgam, porcelain fused to metal, gold alloys, and nickel or cobalt-chrome alloys.

If you suffer from allergies, discuss these potential problems with your dentist before a filling material is chosen.

PORCELAIN (CERAMIC)

Porcelain is a glass-like material formed into fillings or crowns using molds of the prepared teeth. The material is tooth-colored and is used in inlays, veneers, crowns and fixed bridges.

Advantages

- Very little tooth needs to be removed for use as a veneer; more tooth needs to be removed for a crown because its strength is related to its bulk (size)

- Good resistance to further decay if the restoration fits well
- Is resistant to surface wear but can cause some wear on opposing teeth

- Resists leakage because it can be shaped for a very accurate fit
- The material does not cause tooth sensitivity

Disadvantages

- Material is brittle and can break under biting forces
- May not be recommended for molar teeth
- Higher cost because it requires at least two office visits and laboratory services

NICKEL OR COBALT-CHROME ALLOYS

Nickel or cobalt-chrome alloys are mixtures of nickel and chromium. They are a dark silver metal color and are used for crowns and fixed bridges and most partial denture frameworks.

Advantages

- Good resistance to further decay if the restoration fits well
- Excellent durability; does not fracture under stress
- Does not corrode in the mouth
- Minimal amount of tooth needs to be removed

- Resists leakage because it can be shaped for a very accurate fit

Disadvantages

- Is not tooth colored; alloy is a dark silver metal color
- Conducts heat and cold; may irritate sensitive teeth
- Can be abrasive to opposing teeth
- High cost; requires at least two office visits and laboratory services
- Slightly higher wear to opposing teeth

