

## CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y / O TRATAMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ entiendo que:

**Servicios de la clínica:** Los servicios en la Clínica de Higiene Dental de la Universidad de Mujeres de Texas se ofrecen principalmente en el interés de la educación y la capacitación de los estudiantes de higiene dental.

**1. Servicios prestados:** revisión de la historia clínica y control de la presión arterial, examen bucal limitado (inspección bucal). Detección de cáncer bucal, profilaxis bucal preventiva (limpieza periódica para mantener la salud) \*, terapia periodontal no quirúrgica (tratamiento para la enfermedad periodontal) \*\*, radiografías (rayos X), evaluación del estado de riesgo de enfermedades bucales e instrucciones de higiene bucal personalizadas, selladores de fosas y fisuras, limpieza de aparatos removibles, irrigación de bolsas periodontales y aplicaciones tópicas de fluoruro. Los servicios de blanqueamiento son limitados.

\* Los procedimientos de profilaxis oral **PUEDEN** requerir una cita adicional. \*\* La terapia periodontal no quirúrgica **REQUIERE** múltiples citas.

**2. Servicios NO proporcionados:** Exámenes completos (incluido el diagnóstico de necesidades de restauración), extracciones, empastes, coronas, tratamiento de conducto radicular, fabricación y / o reparación de aparatos bucales (protectores nocturnos, dentaduras postizas parciales, dentaduras postizas completas, etc.), sedación de cualquier tipo (óxido nitroso, oral, intravenoso, etc.), procedimientos quirúrgicos y tratamiento de emergencia, incluidas recetas para aliviar el dolor.

**3. Este examen realizado en la Clínica de Higiene Dental tiene fines educativos y no constituye un examen completo; Entiendo que esto debe hacerlo mi dentista personal.**

4. Los servicios de higiene dental realizados en la Clínica de Higiene Dental de la Universidad de la Mujer de Texas no serán responsables por parte de la Universidad de la Mujer de Texas, su cuerpo docente, personal y estudiantes. En consideración a dichos servicios, renuncio específicamente a cualquier reclamo que pudiera tener contra ellos.

5. Las radiografías están disponibles previa solicitud por escrito, siempre y cuando el paciente o tutor firme y feche el acuerdo de HIPPA. Las radiografías no se pueden divulgar cuando la clínica no está en sesión (vacaciones de Navidad, primavera y verano) a menos que se hayan hecho arreglos previos con la recepcionista durante un semestre de la clínica regular).

#### Características importantes de recibir atención en la clínica de higiene dental de TWU

**1. Un estudiante necesita mucho más tiempo para realizar los servicios de higiene dental necesarios que el que se puede requerir en una consulta privada.**

**2. Entiendo que debo regresar a todas las citas que sean necesarias para completar el tratamiento. No se me dará una cita inicial a menos que esté de acuerdo en regresar a la clínica para más citas si es necesario. \_\_\_\_\_ (inicial)**

3. Entiendo que esta clínica está en su lugar para enseñar a los estudiantes habilidades de higiene dental clínica. Se seleccionan los pacientes que mejor proporcionan una buena situación de aprendizaje para los estudiantes.

4. Los estudiantes deben cumplir con un cierto número de horas de instrucción en la clínica del Programa de Higiene Dental. Por esta razón, es necesario que no falte ni rompa las citas. Hacerlo hará que el estudiante pierda crédito por el tiempo que se me reservó. Acepto notificar al Programa de Higiene Dental al (940) 898-2888 al menos 24 horas antes de mi cita si es necesario cancelar una cita.

**Responsabilidades del paciente:** Mis responsabilidades como paciente son: **Cumplir con todas las citas** programadas. Si no me presento a las citas, **NO** seré elegible para recibir más tratamiento en el futuro, a menos que sea una incidencia aislada y haya llamado para cancelar mi cita con al menos 24 horas de anticipación \_\_\_\_\_ (inicial)

**1. Llegar a tiempo a mi cita Y permanecer durante toda la cita.** Mi cita reservada solo se llevará a cabo durante diez minutos. Por lo tanto, si llego tarde, mi cita programada se le puede dar a otra persona. Después de más de una llegada tardía no programada o una salida anticipada, **NO** seré elegible para recibir tratamiento adicional en el futuro. \_\_\_\_\_ (inicial)

2. Proporcionar información precisa y actualizada sobre mi historial médico y dental.

3. Entiendo que no puedo dejar niños solos en el área de espera de la Clínica de Higiene Dental, y los niños no pueden acompañarme al área de la clínica.

#### Responsabilidades del programa:

Se espera que los estudiantes, la facultad y el personal consideren mis derechos como paciente. Estos derechos incluyen:

1. Trato considerado y respetuoso.
2. Continuidad y finalización del tratamiento.
3. Consentimiento informado:
  - a. Explicación del tratamiento recomendado, alternativas de tratamiento, la opción de rechazar el tratamiento, el riesgo de no recibir tratamiento y los resultados esperados de varios tratamientos.
  - b. Conocimiento avanzado del costo del tratamiento en la clínica.
  - c. Acceso a información completa y actualizada sobre mi tratamiento.
4. Tratamiento que cumpla con el estándar de atención en la profesión de higiene dental.
5. Confidencialidad de mi tratamiento, registros y estado de salud.
6. Tratamiento no discriminatorio independientemente de la raza, color, religión, género, orientación sexual, origen nacional o étnico, edad, estado militar o discapacidad que incluye tener o haber estado expuesto al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y / o al virus de la hepatitis (VHB). ).
  - a. Si un paciente solicita adaptaciones relacionadas con la discusión de información médica protegida, estas discusiones se llevarán a cabo en una habitación individualizada que permita la privacidad.
7. Protección mediante procedimientos estándar de control de infecciones.
8. Remisión para tratamiento que está más allá del alcance de la atención brindada por la Clínica de Higiene Dental o que no cumple con las metas educativas del Programa de Higiene Dental.
9. El paciente puede obtener una copia de los registros de higiene dental por una tarifa nominal; y el paciente puede ofrecer quejas y / o sugerencias al coordinador de la clínica sobre los servicios de la clínica en su conjunto y / o sobre un estudiante o miembro de la facultad específico.

---

Mi firma en este formulario de consentimiento le otorga a la Clínica de Higiene Dental de la Universidad de Mujeres de Texas, su facultad, personal y estudiante el permiso para los registros de mi clínica, incluida la información del paciente, radiografías y fotografías que se utilizarán con fines educativos y de investigación.

No se garantiza si el paciente será contactado para programar una cita. Las necesidades educativas de los estudiantes de higiene dental determinan si un individuo será tratado o no en la Clínica de Higiene Dental. \_\_\_\_\_ **(inicial)**

Si cree que se le han negado los derechos identificados anteriormente, comuníquese o llame al coordinador de la clínica o al director del programa al (940) 898-2870.

Mi firma a continuación significa que he leído y estoy de acuerdo con las condiciones establecidas en el "Formulario de consentimiento para evaluación y / o tratamiento".

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMADO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Marque aquí si es el padre o tutor del paciente mencionado anteriormente. El padre o tutor debe firmar en nombre de un niño menor de 18 años.