



Bienvenidos al Departamento Dental de Treasure Coast Community Health!

Es un placer darle la bienvenida a nuestro consultorio dental y queremos que sepa que apreciamos la oportunidad de atender sus necesidades dentales. Nos esforzamos por ayudar a todos nuestros pacientes a lograr una condición dental saludable. Su atención comienza con un examen minucioso y radiografías que nuestro dentista considere apropiado para ayudar a diagnosticar su salud dental y desarrollar un plan de tratamiento para usted.

El programa dental integral de TCCH ofrece a los pacientes los siguientes servicios: educación dental, cuidado dental de la higiene, cuidado periodontal limitado (escalamiento y aplanamiento de raíz), cuidado preventivo (es decir, selladores), restauración (rellenos), parciales removibles y dentaduras postizas y extracciones No quirúrgico) en adultos y niños.

Por favor, tenga en cuenta que después de cualquiera de los siguientes exámenes - nuevo paciente, periódico, emergencia o consulta - que algunos o todos sus tratamientos dentales recomendados pueden no ser capaces de ser realizados en TCCH debe considerarse "fuera del alcance de nuestra práctica". Esto incluye, pero no se limita a, el deseo del paciente de procedimientos o tratamientos tales como: implantes dentales, canales radiculares, coronas y/o puente fijo, carillas, ortodoncia o tratamiento que requiera sedación IV.

Es necesario que los pacientes del Departamento Dental de TCCH acepten estos Estándares de Cuidado:

1. Los proveedores dentales de TCCH harán recomendaciones de tratamiento basadas en el mejor criterio clínico, en cuanto al perímetro de cuidado que puede incluir: tipo de procedimientos de higiene dental requeridos; Extracción(es) de diente(s); Tipo de materiales dentales utilizados para rellenos, y/o parciales extraíbles o dentaduras postizas y uso de ciertos tipos de fluoruros. Esto puede incluir una derivación para ver a un(os) especialista(s) dental(es) fuera del TCCH.
2. Los proveedores dentales de TCCH determinan la secuencia de tratamientos dentales y la(s) siguiente(s) cita(s). Los deseos del paciente serán considerados cuando sea posible. Sin embargo, usted y su proveedor dental acordarán un plan de tratamiento basado en las prioridades de sus necesidades dentales y las posibles consecuencias de retrasar el tratamiento.
3. Un Coordinador de Plan de Tratamiento se reunirá con usted para revisar su plan de tratamiento, responder a sus preguntas y programar sus citas de acuerdo a sus necesidades individuales.
4. Un paciente que no ha tenido un examen durante 2 años en el centro dental de TCCH requerirá un nuevo examen completo antes de cualquier tratamiento de higiene o no de emergencia
5. Los pacientes que son "walk-ins" se verá en el orden como el centro dental considera que es el más apropiado y no que necesariamente llegar primero. Los pacientes de emergencia serán evaluados; Los exámenes de rayos X se tomarán según lo juzgue apropiado el proveedor dental. Ningún procedimiento dental puede ser garantizado ese día. Un paciente que no ha tenido un examen durante 2 años en el centro dental TCCH requerirá un nuevo examen completo antes de cualquier tratamiento de
6. Un paciente que fue visto en un consultorio dental de TCCH como paciente de emergencia solamente (o tiene un historial de visitas al examen de emergencia) no será considerado como un paciente para la continuidad de la atención.
7. Su salud dental y médica es nuestra primera prioridad en TCCH. Muchas veces una condición médica puede afectar sus tratamientos dentales. Por lo tanto, TCCH requiere sus registros médicos recientes de su médico de atención primaria. Si usted no tiene un médico de atención primaria, estaríamos encantados de establecer atención médica con uno de nuestros médicos de TCCH.
8. Si se requiere un permiso médico para el tratamiento en TCCH, es su responsabilidad obtener la autorización de su Médico y regresar a TCCH. TCCH no podrá verle para su cita sin este papeleo.
9. Si usted está buscando una autorización dental que se requiere prontamente para un procedimiento médico, TCCH no puede garantizarlo. Usted necesitará buscar el retiro dental en otro lugar si es necesario rápidamente.
10. Ausencia **Dental/Póliza de Cancelación:** Los pacientes que necesitan cancelar su cita deben hacerlo por lo menos 24 horas antes de su cita o se considerará un No Show. Los pacientes (Jefe de familia o garante) que tengan más de 2 No se muestran en los últimos 12 meses no obtendrán otra cita por 1 año.

Sinceramente,

Kim Platt
Supervisora Dental

TREASURE COAST COMMUNITY HEALTH, INC.
(772) 257-TCCH (8224)

Fellsmere
12196 County Road 512
Fellsmere, FL 32948

South Vero
1545 9TH St SW (Oslo Road)
Vero Beach, FL 32962

Vero
1955 21st Avenue
Vero Beach, FL 32960



Historial Médico

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

COMPRUEBE TODOS LOS ARTÍCULOS QUE SE APLICAN A SU HISTORIA

Si	No	
		TDAH/TDA
		Desmayos
		Problemas de Ansiedad
		Alzheimer's/Parkinson's
		Artritis
		Reemplazo de Coyuntura Artificiales
		Asma
		Sangrado Excesivo
		Enfermedades de Sangre
		Enfermedades en los Huesos
		Dispositivo de Estimulación Cerebral
		Cancer
		Trastorno del Sistema Nervioso Central
		Control de Dolor Cronico
		Enfermedad Pulmonar Obstructiva
		Problemas Pulmonares - Otros
		Discapacidad en el Desarrollo
		Dialisis de los Riñones
		Transplante de Organos-Pulmones, Riñones, Hígado, Páncreas, Médula Osea
		Diabetes Tipo 1 (Insulin)
		Diabetes Tipo 2 (Medicina Oral)
		Problemas Alimenticios
		Enfisema
		Problemas de Tiroides, Paratiroides, Suprarrenales y Pituitarios
		Problemas Oculares
		Lesiones: Cara, Mandíbula,
		Problemas del Estomago e Intestino
		Gota
		Problemas de Audicion
		Dolor de Corazón y Pecho
		Ataque del Corazon: Fecha:
		Stent(s) del corazón: Fecha:
		Enfermedades del Corazon
		Infeccion del Corazon (Endocarditis)
		Marcapasos o Desfibrilador
		Cirugia del Corazon: Fecha:
		Válvula Cardíaca Artificial: Tejido o Mecánica

Si	No	
		Hepatitis A, B, o C: Fecha:
		Presion Alta
		Presion Baja
		VIH/SIDA: Fecha:
		Problema con Sistema Inmunologico
		Riñones, Hígado, o Enfermedad del Páncreas
		Lupus
		Enfermedad Mental
		Mileomas Múltiples
		Osteoporosis
		Parálisis Cerebral
		Autismo
		Trastorno de Estrés Postraumático
		Radiacion a la Cabeza, Mandíbula, or Cuello
		Pesadillas Severas
		Apnea del Sueño (Roncar)
		Convulsiones
		Enfermedades de Transmision Sexual
		Abuso de Sustancias: Alcohol, Drogas, Otros
		Cirugia - Otro
		Ataque al Corazon
		Problemas Nasales
		Problema de el Habla
		Problemas Temporomandibular
		Tromboembolismo
		Consumo de Tabaco
		Tumores
		Ulceras
		Cirugia Vascolar

Mujeres:

Si	No	
		Embarazada
		Amamantando
		Tratando de Quedar Embarazada
		Tomando Medicamento de Fertilidad
		Usando Anticonceptivos

AHORA TOMANDO MEDICAMENTOS PARA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

Si	No	
		TDAH/TDA
		Alergias
		Problema de Glándula Suprarrenal, Tiroide, Paratiroides o Glándula Pituitaria
		Anticonceptivos
		Pain-Codeine, Percocet, Tramadol, Morphine, Demerol, or Pain Patch
		Osteoporosis
		Dolor - Ibuprophen, Motrin, Celebrex
		Cancer - Tratamiento de Radiacion
		Cancer - Medicación
		Cancer Involvement of Bones
		Blood Thinners - Coumadin, Pradaxa, Heparin
		Regulación de la Presión Arterial
		Anticoagulantes - Plavix, Aspirin
		Aspirina 325mg
		Aspirina 81mg
		Alzheimer's o Parkinson's
		Anticonvulsivos
		Ansiedad
		Problemas de Huesos
		Problemas de Respiracion - Terapia de Oxigeno
		Problemas de Respiracion - Inhalador
		Problemas del Corazon

Si	No	
		Depresión
		Sedantes o ayudas para dormir
		Fertilidad
		Control del Colesterol
		Anti Inflammatory - Prednisone, Cortisone
		Mantenimiento de Dolor Cronico
		Diabetes Tipo 1
		Diabetes Tipo 2
		Problemas Intestinales, Ulceras, Estomago
		Hepatitis
		VIH/SIDA
		Hormonas - Estrógeno
		Non Prescription Street Drugs
		Medicamentos Inmunosupresores
		Problemas Renales, Urinarios y Prostáticos
		Esclerosis Múltiple
		Mieloma Múltiples
		Productos de Plasma o Factores de Sangre
		Problemas del Ritmo Cardíaco
		Alguna vez a tomado unas de las siguientes?
		Actonel, Aredia, Boniva, Fosomax, Zometa (Nitrogen Conaining Bisphosphonates)
		Atelvia, Didronel, Reclast, Skelid (Non-Nitrogen Containing Bisphosphonates)

Alguna vez a tenido alergia a algunas de las siguientes?

Si	No	
		Comidas
		Anestésicos (ex: Novacain, Ldiocaine, Mepivacaine, etc.) Otros:
		Erythromycin
		Tetracycline:
		Zithromax (Azithromycin)
		Cipro
		Clindamycin
		Metals:
		Latex (Rubber)
		Keflex (Cephalosporin Family)
		Ibuprofen - (Motrin, Advil or Generic Ibuprofen)
		Nombre de cualquier otra alergia a antibióticos
		Barbituates, Sedatives or Sleeping Pills
		Iodine

Si	No	
		Penicillin, Amoxicillin, Ampicillin, Augmentin (Penicillin Family)
		Narcoticos <input type="checkbox"/> Hidrocodona
		Oxicodona <input type="checkbox"/> Demerol <input type="checkbox"/> Otro
		Acetaminophen (Tylenol)
		Aspirinas
		Aleve
		Codeine
		Tramadol
		Sulfa Drugs
		Otras Drogas
		Hay Fever/Seasonal
		Otro

Todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si tengo algún cambio en mi Salud o mis Medicamentos, notificaré al Doctor en mi próxima cita sin fallar.

Firma del Paciente/Guardian: _____

Fecha: _____

Doctor: _____

Fecha: _____



Historial Dental

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Altura: _____ Peso: _____

Nombre de Dr. Primario: _____

Ha recibido usted tratamiento recientemente de su Doctor por alguna condición? SI NO
Motivo de consulta? _____

Esta experimentando dolor en la boca en este momento? _____

Ha tenido usted las encías hinchadas o sangrientas? _____

Alguna vez ha notado algún diente flojo? _____

Alguna vez se ha lastimado usted la cara, mandíbula o dentadura? _____

Alguna vez ha recibido tratamiento (periodontal) en las encías? _____

Alguna vez ha tenido que usar frenillos para enderezarle los dientes? _____
Si fue así, por cuanto tiempo? _____

Se le han reemplazado los dientes? SI NO
 Puente Parcial Otro _____

Le hacen ruido las mandíbulas cuando masca o abre la boca? _____

Le dan dolores frecuentes a usted en las: Mandíbula Oídos Cuello
Si fue así, Este dolor está presente al despertar? _____

Alguna vez ha tenido usted sangramiento prolongado después de una extracción? Si No

Razón por extracciones: Caries Diente flojo Accidente Infección

Alguna vez usted ha tenido: Ulceras en la boca Llagas
Si es así, cuantas veces? _____

Cuando fue la ultima vez que le tomaron rayos-x en la boca? Fecha: _____

Háblenos de sus experiencias dentales del pasado: _____

