



HISTORIA MEDICA/DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Varón: ___ Hembra: ___ Fecha de Nacimiento: _____

€ Padre/Tutor Legal:

€ Documentación de la orden judicial en el archivo

€ Padre Adoptivo: _____ Asistente Social: _____ Teléfono: _____

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Especialista(s): Nombre de la clínica/Medico: _____ Teléfono: _____

Nombre de la clínica/Medico: _____ Teléfono: _____

Motivo visto por especialista: _____ Última Visita: _____

ALERGIAS: ___ Sin Alergias Conocidas ___ Medicaciones ___ Comida ___ Estacional/Ambiental ___ Cinta ___ Látex

MEDICAMENTOS: ___ Ninguno ___ Toma Medicamentos (Por favor, liste abajo.)

CIRUGÍA /HOSPITALIZACIONES: ___ N/A ___ Admitido al hospital o ha tenido cirugía (Por favor, describa abajo.)

¿Esta su niño(a) en una dieta especial? ___ Si ___ No

¿Usa tabaco? ___ Si ___ No

¿Usa sustancias controladas? ___ Si ___ No

Mujeres: ___ Embarazada/Tratando de quedar embarazada? ___ Amamantando? ___ Toma Anticonceptivos?

¿Alérgico(a) a alguno de estos?

___ Aspirina ___ Penicilina ___ Codeína ___ Acrílico ___ Metal ___ Látex ___ Sulfamidas

Anestésicos Locales Otro? _____

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--|--|
| <u> </u> SIDA/VIH Positivo | <u> </u> Anemia | <u> </u> Válvula Artificial |
| <u> </u> Enfermedad de Alzheimer | <u> </u> Angina | <u> </u> Articulación Artificial |
| <u> </u> Anafilaxia | <u> </u> Artritis/Gota | <u> </u> Asma |
| <u> </u> Enfermedad de la Sangre | <u> </u> Droga Adicción | <u> </u> Ataque al Corazón |
| <u> </u> Transfusión de Sangre | <u> </u> Fácilmente sin Aliento | <u> </u> Soplo Cardíaco |
| <u> </u> Problemas Respiratorios | <u> </u> Enfisema | <u> </u> Marcapasos Cardíaco |
| <u> </u> Fácilmente Abollado | <u> </u> Epilepsia o Convulsiones | <u> </u> Problemas de
audiación/enfermedad |
| <u> </u> Cáncer | <u> </u> Sangrado Excesivo | <u> </u> Hemofilia |
| <u> </u> Quimioterapia | <u> </u> Sed Excesiva | <u> </u> Hepatitis A |
| <u> </u> Dolores en el Pecho | <u> </u> Desmayos/Mareos | <u> </u> Hepatitis B o C |
| <u> </u> Herpes Labial/Ampollas de
Fiebre | <u> </u> Tos Frecuente | <u> </u> Herpes |
| <u> </u> Trastorno Cardíaco
Congénito | <u> </u> Dolores de Cabeza
Frecuentes | <u> </u> Alta Presión Sanguínea |
| <u> </u> Convulsiones | <u> </u> Herpes Genital | <u> </u> Colesterol Alto |
| <u> </u> Medicina Cortisona | <u> </u> Glaucoma | <u> </u> Urticaria o Erupción |
| <u> </u> Diabetes | <u> </u> Fiebre de Heno | <u> </u> Hipoglicemia |
| <u> </u> Latido del Corazón Irregular | <u> </u> Diálisis Renal | <u> </u> Hinchazón del las
Extremidades |
| <u> </u> Problemas de Riñón | <u> </u> Fiebre Reumática | <u> </u> Enfermedad de Tiroides |
| <u> </u> Leucemia | <u> </u> Reumatismo | <u> </u> Tonsilitis |
| <u> </u> Enfermedad del Hígado | <u> </u> Escarlatina | <u> </u> Tuberculosis |
| <u> </u> Prolapso de la Válvula Mitral | <u> </u> Enfermedad de Célula
Falciforme | <u> </u> Tumores o Crecimiento |
| <u> </u> Osteoporosis | <u> </u> Problema Sinusal | <u> </u> Ulceras |
| <u> </u> Dolor en las articulaciones de
la mandíbula | <u> </u> Espina Bífida | <u> </u> Enfermedad Venérea |
| <u> </u> Enfermedad Paratiroidea | <u> </u> Enfermedad
Estomacal/Intestinal | <u> </u> Ictericia Amarilla |
| <u> </u> Cuidado Psiquiátrico | <u> </u> Derrame Cerebral | |
| <u> </u> Tratamientos de Radiación | | |
| <u> </u> Pérdida de Peso Reciente | | |

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? _____

Hasta donde sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental sobre cualquier cambio en el estado médico.

Firma: _____ **Fecha:** _____



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Varón: ___ Hembra: ___ Seguro Social: ___ - ___ - _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Cgo. De Área: _____ Teléfono: _____

¿A quién podemos agradecer por referirnos a nosotros? (Por favor, marque todos los que apliquen.)

Medico de Atención Primaria

Escuela/Guardería

Dentista General

Amigo/Familiar

¿Como has escuchado de nosotros? (Por favor, marque todos los que apliquen.)

Redes Sociales

Cartelera

Google/Sitio Web

Periódico o Revista

Directorio del Seguro

Evento Comunitario

Visita

Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/PADRE DE CRIANZA/TUTOR LEGAL

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio (si diferente al paciente): _____

Ciudad, Estado, Cgo. De Área: _____ Teléfono: _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO:

Nombre del Seguro: _____ Nombre del Suscriptor: _____

Relación al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: ___ - ___ - _____

Empleador: _____ ID: _____ Numero de Grupo: _____

SEGURO DENTAL SEGUNDARIO:

Nombre del Seguro: _____ Nombre del Suscriptor: _____

Relación al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SSN: ___ - ___ - _____

Empleador: _____ **ID:** _____ **Numero de Grupo:** _____



Políticas de Oficina

Bienvenido a Oregon Kids Pediatric Dentistry, la práctica del Dr. Jordan Lentfer. Apreciamos la confianza que nos ha brindado al seleccionar nuestro consultorio para satisfacer las necesidades de atención dental de su hijo. Nos comprometemos a brindarle la atención de salud bucal de la más alta calidad de la manera más amable, eficiente, no invasiva y biológicamente compatible posible. Esperamos poder ayudar a su hijo. A continuación, se encuentran nuestras políticas de oficina. Lea estos y no dude en hacer cualquier pregunta que pueda tener. Firme y coloque la fecha a continuación para verificar que ha leído, comprende y acepta estas políticas.

Padre / Tutor Presente

Es imperativo que un padre o tutor legal esté presente para un examen inicial en nuestra oficina. Esto se debe a la necesidad de firmar formularios de consentimiento legal que solo pueden ser firmados por un tutor legal. Después de la primera cita, si tenemos el consentimiento por escrito y firmado del padre o tutor legal, un amigo o familiar puede llevar a su hijo a sus citas. Si un padre o tutor legal no está presente para el examen inicial, tendremos que cancelar su cita. Incluso con un poder notarial firmado, puede haber ocasiones en que no podamos brindar tratamiento si se necesita otro formulario de consentimiento o un cambio de plan de tratamiento, en cuyo momento necesitaríamos un tutor legal o un padre para consentir nuevamente el tratamiento.

Citas perdidas / Canceladas

Cuando hace una cita en Oregon Kids Pediatric Dentistry, reservamos ese tiempo exclusivamente para usted y preparamos una sala de tratamiento para su tratamiento particular. Esta política permite darle a su hijo su habitación reservada de inmediato. Entendemos que la vida sucede y, a veces, tendrá que cancelar la cita de su hijo, pero, para brindarle la oportunidad a otro niño que necesita que lo atiendan, solicitamos un aviso de cancelación de 24 horas. No cobramos por las citas perdidas, sin embargo, después de tres citas perdidas sin previo aviso o con menos de 24 horas de anticipación, solo veremos a su hijo en una cita de emergencia o posiblemente despedimos a su hijo de nuestra práctica.

Padres y Hermanos en la Sala de Tratamiento

La Dra. Lentfer y su equipo en Oregon Kids Pediatric Dentistry creen que es su derecho estar con su hijo para recibir tratamiento siempre que sea posible. Aunque a la mayoría de los niños les va mejor el cuidado dental cuando sus padres no están presentes, a algunos les va mejor, y casi siempre depende de usted si elige estar presente en la sala de tratamiento o no. Dicho esto, hay algunos procedimientos que restringen el acceso de los padres durante el tratamiento o limitan el acceso a un solo padre / tutor permitido. Son:

1. **Anestesia General-** cuando se realiza anestesia general, nunca se permite a los padres en la sala de tratamiento. Es en el mejor interés de su hijo, y por su seguridad, que el anesthesiólogo y el Dr. Lentfer lo hagan esperar en el área de recepción al comienzo del procedimiento y durante el tratamiento. Esto es para permitirle al anesthesiólogo y al dentista la capacidad de brindarle a su hijo todo su cuidado y atención. Estará con su hijo tan pronto como se despierte, si no antes.
2. **Uso del láser Solea** – Al usar el láser Solea para el tratamiento, se requiere que cualquier persona presente use gafas protectoras. Debido a esta necesidad y a la reducción del riesgo de exposición al láser que podría dañar los ojos, solo se permite la entrada de un padre / tutor durante el uso del láser. Esto ocurre durante la mayoría de los procedimientos restaurativos y quirúrgicos, incluidas las frenectomías.
3. **Rayos X** – Para minimizar la exposición a la radiación, solo se permite que su hijo ingrese a la sala de tratamiento mientras se exponen las radiografías. Se le permitirá mirar desde la puerta mientras le toman radiografías a su hijo.

- 4. Hermanos** – Recomendamos que los hermanos esperen en el área de recepción cada vez que otro hermano esté recibiendo tratamiento, ya sea una limpieza y un examen o que se completen los rellenos. Esto es para que el niño que recibe tratamiento reciba toda la atención de sus padres y del equipo dental. Entendemos que no siempre es posible tener otro cuidador presente, por lo que hacemos excepciones para limpiezas y exámenes, pero los hermanos no están permitidos en ningún momento durante las citas cuando su hijo tiene rellenos, extracciones, uso de láser, anestesia general o cualquiera otra forma de tratamiento restaurador. No permitimos que los niños pequeños se queden desatendidos en el área de recepción mientras está con su hijo en la sala de operaciones, por lo tanto, es importante que arregle el cuidado de otros niños con anticipación si elige estar con su hijo durante su tratamiento.

Historial Médico

Tendremos que actualice anualmente un historial médico de su hijo, pero manténganos actualizados con todos los cambios en las afecciones médicas de su hijo. En ocasiones, es posible que el Dr. Lentfer necesite consultar con otros proveedores de atención médica de su hijo con respecto a sus condiciones médicas o médicas.

Facturación de Seguros

Como cortesía para nuestros pacientes, le facturaremos a su seguro. Usted es responsable de todos los deducibles, copagos y saldos impagos al momento del servicio y cualquier saldo adeudado no cubierto por su seguro.

Emergencias fuera de Horario

La Dra. Lentfer responde sus propias llamadas fuera del horario de atención siempre que sea posible. A veces, el Dr. Lentfer comparte llamadas con el Dr. Stapleton, el Dr. Drew y el Dr. Ford. Si su hijo tiene una emergencia fuera del horario de atención, no dude en comunicarse con nuestra oficina, queremos ayudarlo. Si su hijo requiere tratamiento fuera del horario de atención, habrá un cargo adicional de emergencia fuera del horario de atención que varía según la cobertura del seguro. El Dr. Lentfer no está seguro de los costos que otros dentistas que cubren de guardia le cobrarán. Además, el Dr. Lentfer no puede garantizar que otro proveedor de guardia acepte su seguro.

Tratamiento Recomendado

Para que la odontología de su hijo tenga la mayor probabilidad de éxito, es necesario cumplir de manera oportuna con las recomendaciones de tratamiento del Dr. Lentfer. El incumplimiento del tratamiento podría afectar negativamente el resultado del tratamiento dental de su hijo y ser perjudicial para su salud. Si elige no seguir con la atención recomendada, es posible que le solicitemos que firme un formulario de rechazo del tratamiento recomendado.

Publicación de registros

Si lo han visto en otra oficina, es su responsabilidad contactarlos y hacer que envíen por correo electrónico, fax o correo los registros de su hijo. Si elige ver a otro proveedor después de vernos, necesitaremos que firme un lanzamiento de registros y es su responsabilidad proporcionarnos la información adecuada para reenviar los registros de su hijo. No cobramos por la liberación de registros. Espere hasta dos semanas para que enviemos los registros de su hijo.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo la información anterior. Además, por la presente autorizo al médico (s) de mi hijo a divulgar al Dr. Lentfer cualquier información pertinente sobre las condiciones médicas de mi hijo.

Nombre del Niño(a)	Firma del Padre / Tutor	Nombre Impreso	Relación	Fecha
--------------------	-------------------------	----------------	----------	-------



Consentimiento Informado de Tratamiento General para Odontología Pediátrica

1. Trabajo por hacer

Entiendo que estoy haciendo el siguiente trabajo:

___ Rayos X ___ Examinación Dental ___ Rellenos Dentales ___ Corona(s) de Circonio ___ Corona(s) de Acero Inoxidable ___
Pulpotomía ___ Extracción(es) ___ Sedación de Óxido Nitroso ___ Sedación Oral ___ Anestesia General ___ Ozonoterapia
___ Tratamiento de fluoruro ___ Frenectomía ___ Mantenedor de Espacio _____ **Iniciales**

2. Medicamentos; Anestesia

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de acompañar riesgos, efectos secundarios, e interacciones farmacológicas. Por lo tanto, es fundamental que le informe a mi dentista de todos los medicamentos que mi hijo está tomando actualmente, lo cual he hecho.

_____ **Iniciales**

3. Cambios en el Plan de Tratamiento

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no se descubrieron durante el examen, siendo la terapia del conducto radicular más común después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al Dr. Lentfer para hacer todos los cambios y adiciones según sea necesario.

_____ **Iniciales**

4. Extracción de Dientes

Se me han explicado las alternativas a la extracción (terapia de conducto radicular, coronas, etc.) y autorizo al Dr. Lentfer a extraer los siguientes dientes y cualquier otro necesario por los motivos que se me describieron y explicaron en el formulario de consentimiento de extracción. Entiendo que quitar los dientes no siempre elimina toda la infección. Si está presente, y puede ser necesario recibir tratamiento adicional. Entiendo los riesgos que conlleva la extracción de los dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en los labios, los dientes, la lengua y el tejido circundante (parestesia) que pueden durar un período de tiempo indefinido (días, meses, permanentes) o mandíbula fracturada. Entiendo que mi hijo puede necesitar tratamiento adicional por parte de un especialista o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

_____ **Iniciales**

5. Coronas

Entiendo que a veces no es posible igualar el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. El Dr. Lentfer ha discutido las opciones de corona de Circonio, Acero Inoxidable o Acero Inoxidable con borde de chapa blanca.

Entiendo que las coronas de circonio tienen un mayor riesgo de fractura. Entiendo que la chapa de las coronas de acero inoxidable con borde blanco puede desprenderse y esto no indica la necesidad de reemplazo. Si se produce un corte de este afrontamiento, será un costo que es mi responsabilidad reemplazar la corona.

_____ **Iniciales**

6. Rellenos

Los rellenos se usan típicamente para restaurar los dientes dañados por caries cuando no se requiere un fortalecimiento adicional del diente. Los empastes también se pueden usar para reparar el área dañada o sensible de los dientes cerca de la línea de las encías, incluso si no hay caries. Entiendo que se debe tener cuidado al masticar empastes para evitar roturas. Entiendo que puede ser necesaria una restauración más extensa de lo planeado originalmente debido a condiciones adicionales descubiertas durante la preparación. Me doy cuenta de que los empastes rara vez son

"permanentes" y generalmente requieren un reemplazo periódico. Entiendo que cada vez que se prepara un diente, por cualquier motivo, siempre hay irritación en el nervio del diente, lo que puede provocar sensibilidad postoperatoria o, en algunos casos, daño nervioso permanente que requiere tratamiento del conducto radicular y una corona o extracción del diente. Es difícil predecir cómo un diente puede responder al tratamiento.

_____ Iniciales

7. Pulpotomía (Endodoncia bebe)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento del conducto radicular salve el diente de mi hijo, y que pueden ocurrir complicaciones del tratamiento como se describe en el formulario de consentimiento de pulpotomía.

_____ Iniciales

8. Terapia de Ozono

Entiendo que la terapia de ozono no está reconocida por la Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica o la Asociación Dental Americana como un tratamiento para la caries. Entiendo que este es un tratamiento alternativo sin resultados garantizados. Entiendo que los riesgos incluyen la inhalación de los gases que pueden causar un ataque de tos prolongado que puede dañar los pulmones. Entiendo que la terapia con ozono se recomienda para detener y / o prevenir la descomposición y no es una restauración. Entiendo que el ozono no es predecible y no me han dado ninguna garantía de éxito con su uso. Reconozco y entiendo que es probable que haya un tratamiento restaurador adicional.

_____ Iniciales

9. Tratamiento de fluoruro

El tratamiento con flúor se usa para fortalecer el esmalte debilitado y se aplica con barniz y también está presente en algunos materiales dentales. Se me presentaron opciones y se me dio la opción de usar o no usar fluoruro. Entiendo que existe el riesgo de fluorosis que puede ser un daño permanente a los dientes permanentes y primarios con el uso de flúor.

_____ Iniciales

10. Frenectomía

Se recomienda una frenectomía cuando existe la necesidad de obtener y mantener una buena salud bucal, principalmente para ayudar a la lactancia materna, reducir la incomodidad materna y prevenir futuros problemas asociados con los lazos linguales y labiales. No se han dado garantías a los resultados y entiendo que no se pueden anticipar todas las consecuencias. Entiendo los procedimientos recomendados, las opciones alternativas y los resultados anticipados.

_____ Iniciales

11. Mantenedor de Espacio

Se usa un mantenedor de espacio para mantener el espacio para los dientes permanentes. Entiendo que, sin el uso de un mantenedor de espacio, se pueden producir daños permanentes y requerir un tratamiento de ortodoncia en el futuro, lo que sería un gasto del que sería responsable. No se me han otorgado garantías y entiendo que el uso de mantenedores de espacio puede ser impredecible y los resultados pueden variar.

_____ Iniciales

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no se pueden garantizar ni garantizar resultados específicos. Reconozco que no se han hecho tales garantías con respecto al tratamiento dental que he autorizado. Entiendo que el plan de tratamiento y las tarifas propuestas están sujetos a modificación, dependiendo de condiciones imprevistas o no diagnosticadas que pueden reconocerse solo durante el curso del tratamiento. Entiendo que cualquier tarifa asociada es mi responsabilidad financiera. He tenido la oportunidad de leer este formulario y hacer preguntas; mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción; y doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto.

Firma del Padre / Tutor

Nombre impreso del padre / tutor

Fecha



Poder Legal

Yo, _____ (tutor legal) doy permiso a los que figuran en la lista a continuación para llevar _____ (paciente) a las citas de dentista en Oregon Kids Odontología Pediátrica. Doy permiso para que los nombres de esta lista tomen decisiones en mi nombre con respecto a la atención dental de los pacientes. Entiendo que algunos cambios en el tratamiento pueden requerir el consentimiento y la firma de mí, el tutor legal, y el tratamiento puede ser reprogramado si no estoy presente en todas las citas.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre impreso del tutor legal: _____

Firma del guardián legal: _____

Fecha: _____



Dr. Jordan Lentfer Telefono: 541-636-4344
2921 Crescent Ave. Suite 130, Eugene, OR 97408
pediatricdentisteugene.com

¡Felicitaciones por la nueva adición a su familia! Pronto tendrás mucho en tu plato y queremos ayudarte con algunos consejos de higiene bucal que a menudo se olvidan con toda la locura de un recién nacido.

Hechos:

- 1. La Caries de la Primera Infancia** (anteriormente conocida como "pudrición de biberón) es la enfermedad más **común** de la infancia
2. Una cavidad puede comenzar tan pronto como un diente comienza a estallar
- 3. La leche materna, el jugo y la leche** son todos los carbohidratos que se descomponen en azúcar y pueden causar caries (la leche materna por sí sola no causará caries – ver más abajo)
4. Las caries y el dolor de dientes pueden conducir a puntajes más bajos de las pruebas, calificaciones, autoestima y falta de
5. La Caries de la Primera Infancia es:
 - 5 veces más común que el asma
 - 4 veces más común que la obesidad en la primera infancia
 - 20 veces más común que la diabetes de inicio temprano
6. Las caries se pueden PREVENIR!!!!

P y R

P: ¿Cuándo debería mi hijo ver por primera vez a un dentista?

R: "Primera visita, primer cumpleaños." Tan pronto como su bebé reciba su primer diente, ¡queremos verlos! American Academy of Pediatric Dentistry Guidelines recomiendan dentro de los primeros seis meses de la primera erupción dental para ver al dentista. Esta primera visita es para verificar el desarrollo de su hijo, asegurarse de que la estructura dental / esmalte es saludable junto con sus tejidos blandos y para la educación de los padres. Los estudios también apoyan que los niños que comienzan a ver a un dentista temprano tienen menos caries y menos ansiedad dental.

P: ¿Puede la leche materna causar caries?

R: La leche materna sola MUY RARELY causa caries, pero cuando un bebé comienza a comer otros alimentos, como cereales de arroz y alimentos puré, esto introduce carbohidratos que aumentan el riesgo de que comiencen las caries.

P: ¿Cómo puedo prevenir la caries de lactancia y la caries en la primera infancia debido al uso de un biberón?

R: Después de que el primer diente de bebé comienza a estallar y se han introducido otras fuentes de alimentos, a voluntad se debe evitar la lactancia materna (más fácil decirlo que hacerlo, lo sé). Los niños no deben dormirse con una botella que contenga otra cosa que no sea agua. Pregúntele a su pediatra cuándo puede introducir agua, a menudo no hasta un año de edad. Se debe evitar el jugo de fruta. Cuando puedas, limpia los dientes de tu bebé después de amamantar o usar un biberón con cualquier cosa que no sea agua.

P: ¿Cuándo se debe detener la alimentación con biberón?

R: Entre 12-14 meses. Dormir o beber a voluntad en una botella o taza que tiene algo que no sea agua en ella aumenta significativamente el riesgo de caries

P: ¿Debo preocuparme por la succión de los dedos o el pulgar o el uso de un chupete?

R: La succión del pulgar y los dedos es común y perfectamente normal para los bebés y a menudo disminuye alrededor de los 2 años de edad. A veces un hábito puede causar espaciamiento o quebrantamiento de los dientes creando una "mordida abierta" o "mordida cruzada". Esto puede crear un problema con los dientes permanentes si persiste más allá de los cuatro años de edad. Consulte a su dentista pediátrico para desarrollar un plan que le ayude a usted y a su hijo a romper cualquier hábito que se extienda más allá de los tres o cuatro años de edad.

P: ¿Por qué debería ir a un dentista pediátrico?

R: Los dentistas pediátricos son el pediatra de la odontología. Un especialista en Odontología Pediátrica obtiene un certificado asistiendo a una residencia de dos o tres años después de completar la escuela dental. Los dentistas pediátricos están específicamente capacitados para tratar la caries infantil y la enfermedad de las encías y tienen experiencia en el reconocimiento de problemas de crecimiento y desarrollo más allá del conocimiento obtenido en la escuela dental general.

P: Son sólo dientes de leche. ¿Por qué importa si tienen una cavidad?

R: Una cavidad en un diente de leche avanza a una velocidad casi tres veces más rápida que en un diente adulto. Las caries y el dolor en los dientes de leche se han relacionado con puntajes y calificaciones más bajos en la escuela, aumento de las ausencias de la escuela, falta de trabajo para los padres y menor autoestima, por nombrar algunos. Además, los dientes de leche, aunque se caerán, no desaparecerán hasta alrededor de los 12 años de edad. Su hijo necesita estos dientes para comer, hablar y mantener espacio para dientes permanentes.

P: ¿Cómo debo limpiar los dientes de mi bebé?

R: Use un cepillo de dientes y pasta de dientes fluorada como lo haría usted mismo, pero tenga cuidado con la cantidad de pasta de dientes. Para un niño menor de tres años, debe usar menos de un trozo de arroz. A partir de 3-6 años de edad, utilizar una cantidad de tamaño de guisante. Una vez que su hijo pueda escupir, use la cantidad "normal" que usaría.

P: ¿Cómo puedo limpiar los dientes de mi bebé después de amamantar?

R: Las toallitas Spiffie son un gran producto a base de xilitol diseñado por los dentistas para ayudar a prevenir la caries. Puede pedirlos en línea u obtenerlos de su dentista pediátrico. Si su bebé se queda dormido amamantando, use Spiffie Wipes o limpie una cantidad MUY PEQUEÑA de pasta dental fluorada en los dientes de sus bebés con el dedo. Si ninguna de estas opciones está disponible, una simple toallita con una sábana, camiseta, tela, lo que esté cerca es mejor que nada.

P: ¿Las caries son genéticas?

R: Menos del 1,2% de la población tiene un verdadero trastorno genético que causa una deformidad del esmalte y aumenta el riesgo de desintegración. Lo que es más común es la higiene bucal y los hábitos alimenticios de una familia. Además, si el cuidador primario tiene un alto volumen de bacterias causadas por enfermedades dentales y de las encías, esta bacteria se puede transferir y aumentar el riesgo de que su bebé tenga caries. Por lo tanto, es muy importante que los cuidadores se encarguen de su higiene bucal y reduzcan sus bacterias que pueden transferirse al bebé. Esto se puede lograr con una buena higiene bucal, cuidado dental regular, masticar azúcar libre y / o goma de mascar Xilitol, y librar la boca de la enfermedad de la caries y las encías.

Q: Fluorurobueno, malo, ¿opciones?

R: Este es un tema candente y no hay una respuesta clara. Al final, lo que importa es la cantidad de flúor. Las cantidades excesivas de flúor no son buenas para usted. En el condado de Lane, no flúor en nuestra agua, pero el flúor todavía está presente en nuestros alimentos, jugos, refrescos, casi cualquier cosa regada con, o de alimentos o agua con, flúor. Dicho esto, se ha demostrado que el

flúor previene la descomposición. Para aquellos que son escépticos sobre el flúor, o simplemente no quieren usarlo se trata realmente de dieta e higiene. Mantenga esos dientes limpios y reduzca los carbohidratos procesados. Si decide no usar flúor, utilice alternativas como los productos de Xilitol.

No dude en ponerse en contacto conmigo con CUALQUIER pregunta que tenga acerca de los dientes de su bebé y la salud bucal.

¡Una vez más, felicitaciones por esta nueva aventura emocionante!



Aviso de prácticas de Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información de salud sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. La privacidad de su información de salud es importante para nosotros. Revise esta información detenidamente.

Nuestro deber legal: Estamos obligados por la ley federal y estatal aplicable a mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a darle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de realizar un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y proporcionaremos el nuevo aviso en nuestra ubicación de práctica, y lo distribuiremos a petición.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, póngase en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información médica para los siguientes propósitos, puede darnos autorización por escrito para usar su información médica o para divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estuviera en vigor. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por ningún motivo, excepto los descritos en este aviso.

Usos y divulgaciones de información de salud: Utilizamos y divulgamos información médica sobre usted sin autorización para los siguientes propósitos.

Tratamiento: Podemos usar o divulgar su información médica para su tratamiento. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de atención médica que le proporcione tratamiento.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios que le proporcionamos. Por ejemplo, podemos enviar reclamos a su plan de salud dental que contienen cierta información de salud.

Operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar su información médica en relación con nuestras operaciones de atención médica. Por ejemplo, las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o cualificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación del rendimiento del profesional y del proveedor, la realización de programas de formación, actividades de acreditación, certificación, concesión de licencias o credencialización.

A Usted o a su representante personal: Debemos revelarle su información médica, como se describe en la sección de derechos del paciente de este aviso. Podemos divulgar su información médica a su representante personal, pero solo si acepta que podemos hacerlo.

Personas involucradas en la atención: Podemos usar o divulgar información médica para notificar, o ayudar en la notificación de (incluyendo la identificación o localización) a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general, o la muerte. Si usted está presente, antes de usar o divulgar su información de salud, le proporcionaremos la oportunidad de oponerse a dichos usos o divulgaciones. En el par de su ausencia, o incapacidad o en circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación utilizando nuestro juicio profesional que revela sólo información de salud que es directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También utilizaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir que una persona recoja recetas llenas, suministros médicos, radiografías u otras formas similares de información de salud.

Alivio de Desastres: Podemos usar o divulgar su información médica para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre.

Servicios relacionados con la salud de marketing: No utilizaremos su información médica para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito

Salud Pública y Beneficio Público: podemos usar o divulgar su información de salud para reportar abuso, negligencia o violencia doméstica; para reportar enfermedades, industria y estadísticas vitales; para reportar cierta información a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA); a alertar a alguien que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad; para las actividades de supervisión de la salud; para determinados procedimientos judiciales y administrativos; para ciertos fines de aplicación de la ley; para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad; y para cumplir con la compensación de los trabajadores o programas similares.

Difuntos: Podemos divulgar información médica sobre un difunto según lo autorizado o requerido por la ley

Seguridad Nacional: Podemos revelar a las autoridades militares la información de salud del personal de las fuerzas armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar a la información de salud del funcionario federal autorizado requerida para la inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a la institución correccional o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley que tenga la custodia legal la información médica protegida de un recluso o paciente bajo ciertas circunstancias.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar su información médica para proporcionarle recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz, postales o cartas)

Acceso: Usted tiene derecho a mirar u obtener copias de su información médica, con excepciones limitadas. Puede solicitar que proporcionemos copias en un formato que no sea fotocopias. Usaremos el formato que solicite a menos que no podamos hacerlo de manera práctica. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica. Puede obtener un formulario para solicitar acceso utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este aviso. Podemos cobrarle el franqueo si solicita copias en papel por correo. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información médica en ese formato si es necesario. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica por una tarifa. Póngase en

contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas.

Contabilidad de Divulgación: Usted tiene derecho a recibir una lista de casos en los que nosotros o nuestro negocio asociado divulgamos su información de salud para fines distintos del tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y ciertas otras actividades, para los últimos 6 años, pero no antes del 14 de abril de 2003. Si solicita esta contabilidad más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada en los costos por responder a estas solicitudes adicionales.

Restricción: Usted tiene derecho a solicitar que coloquemos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información médica. En la mayoría de los casos no estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, acataremos nuestro acuerdo (excepto en ciertas circunstancias donde se requiere o se permite la divulgación, como una emergencia, para actividades de salud pública, o cuando la divulgación es requerida por la ley). Debemos cumplir con una solicitud para restringir la divulgación de información médica protegida de un plan de salud con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica (según lo definido por la HIPAA) si la información de salud protegida pertenece únicamente a un artículo de atención médica o servicio por el que nos han pagado de su bolsillo en su totalidad.

Comunicación Alternativa: Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos. (Debe hacer su solicitud por escrito.) Su solicitud debe especificar los medios o la ubicación alternativos, y proporcionar una explicación satisfactoria de cómo se manejarán los pagos bajo los medios alternativos o la ubicación que solicite.

Enmienda: Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué la información debe ser modificada. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Aviso electrónico: Usted puede recibir una copia en papel de este aviso a petición, incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente en nuestro sitio web o por correo electrónico.

Preguntas y quejas: Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, póngase en contacto con nosotros. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para modificar o restringir el uso de la divulgación de su información de salud o para que comendemos con usted por medios alternativos o en lugares alternativos, puede quejarse a nosotros utilizando la información de contacto que aparece al final de este aviso. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a petición.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicio Humano de los Estados Unidos.

Jordan Lentfer, DMD

Teléfono: 541-636-4344

Fax: 541-636-4229

Correo Electrónico: Office@oregonkidspediatricdentistry.com

Domicilio: 2921 Crescent Avenue, Suite 130, Eugene, OR 97408

Reconocimiento de la Recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad

Yo, (nombre de impresión) _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____

Sólo para uso de Oficina

We attempted to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement

Other (please specify)

