



ALAMO COLLEGES DISTRICT

Palo Alto College

Dental Hygiene

Palo Alto Programa de Higiene Dental Estándares de Atención al Paciente

Estos estándares de atención al paciente han sido desarrollados por el Programa y Clínica de Higiene Dental de Palo Alto College para describir las consideraciones clínicas en el diagnóstico y tratamiento de afecciones de salud bucal y, en consecuencia, servir como base para la toma de decisiones clínicas. Además, estos estándares ayudarán a los estudiantes, profesores y personal a ejecutar el compromiso de la escuela de brindar atención de alta calidad centrada en el paciente, demostrable y en mejora continua.

1. El paciente será tratado de manera profesional en todo momento.
2. La queja principal, las preocupaciones y las expectativas del paciente se abordarán mediante un tratamiento en la clínica de higiene dental o una derivación externa
3. Los antecedentes dentales y médicos del paciente se considerarán en la identificación de condiciones predisponentes y medicamentos que puedan afectar el pronóstico, la progresión y el tratamiento de su estado actual de enfermedad bucal.
4. El paciente recibirá una evaluación física clínica y apropiada con signos vitales anotados, según lo indicado por la historia clínica y la presentación del paciente, para incluir la evaluación de tejidos y estructuras extraorales e intraorales, lo que arrojará un estado de evaluación de riesgo.
5. El paciente recibirá una evaluación diagnóstica complementaria, como varias radiografías y, posiblemente, imágenes intraorales, según se indique y sea necesario a partir de la evaluación clínica y física y la presentación de los hallazgos.
6. Cuando se obtengan radiografías, se basarán en las necesidades diagnósticas del paciente y de la calidad diagnóstica. Se incluirá una interpretación de las radiografías en la historia clínica del paciente.
7. Cuando se requiera atención dental que exceda el alcance de la práctica del programa de higiene dental, o el alcance de un higienista dental, o a solicitud por escrito del paciente, el paciente será remitido al profesional dental y/o de atención médica apropiado para recibir atención.
8. La determinación de la necesidad de un tratamiento de higiene dental, basada en todos los datos de la evaluación, se utilizará al evaluar las condiciones bucales del paciente y en el desarrollo de un plan de atención de higiene dental.
9. Las limitaciones conductuales, psicológicas, anatómicas, de desarrollo y fisiológicas del paciente se considerarán al desarrollar un plan de atención.
10. Se informará al paciente sobre la necesidad de tratamiento de higiene dental, la atención recomendada en función de la necesidad de tratamiento, las opciones de atención (si las hubiera) y los beneficios, pronóstico, limitaciones y riesgos asociados con esas recomendaciones de tratamiento, así como las consecuencias probables de la falta de atención.



Dental Hygiene

11. El paciente recibirá la información adecuada sobre la prevención y detección precoz de enfermedades bucodentales a través de la educación del paciente en prácticas preventivas de salud bucodental, incluyendo instrucciones de higiene bucodental.
12. Cualquier tratamiento realizado será con el consentimiento y aprobación por escrito de la facultad de higiene dental y el consentimiento por escrito del paciente. Si el paciente insiste en un tratamiento que no es considerado beneficioso por la facultad de higiene dental, la facultad de higiene dental consultará con el dentista supervisor para determinar el nivel de consideraciones de tratamiento. La escuela puede negarse a proporcionar tratamiento.
13. Los medicamentos serán recetados por el dentista tratante.
14. El historial médico del paciente, los signos vitales, la necesidad de tratamiento y el plan de atención se revisarán y actualizarán según se indique, en cada cita de tratamiento.
15. La documentación de todos los exámenes, la necesidad de tratamiento de higiene dental, los factores de evaluación de riesgos, la atención brindada, el asesoramiento, las medidas preventivas recomendadas y las consultas y derivaciones a otros profesionales de la salud se incluirán en el registro dental del paciente.
16. Los estudiantes, profesores y personal de higiene dental tratarán todas las comunicaciones y registros relacionados con la atención de un paciente como confidenciales. No se divulgará ninguna información del paciente por ningún motivo sin el consentimiento por escrito del paciente; Esto incluye información con fines educativos.

Estos estándares son para ayudar en las actividades de garantía de calidad del Programa de Higiene Dental de Palo Alto College y para su protección.

Certifico que he leído este documento o que me lo han explicado para que comprenda su contenido.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Soy el padre o tutor legal de _____ y he leído o me han explicado este documento (si el paciente es menor de dieciocho (18) años de edad).

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____



ALAMO COLLEGES DISTRICT

Palo Alto College

Dental Hygiene

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
Programa de Higiene Dental de Palo Alto College
Diane I. Wilson, RDH, MED
Director de Higiene Dental
dwilson232@alamo.edu
210-486-3315

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.

CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE

Respetamos nuestra obligación legal de mantener la privacidad de la información médica que lo identifica. Estamos obligados por ley a notificarle nuestras prácticas de privacidad. El paciente firmará y recibirá una copia de este documento una vez al año. Este Aviso describe cómo protegemos su información de salud y qué derechos tiene con respecto a ella.

TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

La razón más común por la que usamos o divulgamos su información de salud es para tratamiento u operaciones de atención médica.

Ejemplos de cómo usamos o divulgamos información para fines de tratamiento son:

- concertar una cita para usted;
- examinar sus dientes;
- Prescripción de medicamentos
- enviar por fax el medicamento recetado para ser surtido;
- derivarlo a otro médico o clínica para recibir atención o servicios de salud;
- Obtener copias de su información de salud de otro profesional que pueda haber visto antes que nosotros.

No presentamos reclamaciones de seguros. "Operaciones de atención médica" se refiere a las funciones administrativas y gerenciales que tenemos que realizar para ejecutar nuestro programa y clínica de higiene dental.

Ejemplos de cómo usamos o divulgamos su información de salud para operaciones de atención médica son:

- auditorías financieras;
- aseguramiento interno de la calidad;
- defensa de asuntos legales;
- planificación empresarial;
- Almacenamiento de nuestros registros.

Utilizamos rutinariamente su información de salud dentro de nuestro programa y clínica de higiene dental para estos fines sin ningún permiso especial. Si necesitamos divulgar su información de salud fuera de nuestra clínica de higiene dental por estas razones, le pediremos un permiso especial por escrito antes de usarla.



Dental Hygiene

USOS Y DIVULGACIONES POR OTROS MOTIVOS SIN PERMISO

En algunas situaciones limitadas, la ley nos permite o requiere que usemos o divulguemos su información de salud sin su permiso. No todas estas situaciones se aplicarán a nosotros; Es posible que algunos nunca lleguen a nuestra clínica de higiene dental.

Dichos usos o divulgaciones son:

- cuando una ley estatal o federal ordena que cierta información de salud sea reportada para un propósito específico;
- con fines de salud pública, como la notificación, investigación o vigilancia de enfermedades contagiosas; y avisos enviados y recibidos por la Administración Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) con respecto a medicamentos o dispositivos médicos;
- revelaciones a las autoridades gubernamentales sobre víctimas de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- divulgaciones para procedimientos judiciales y administrativos, como en respuesta a citaciones u órdenes de tribunales u organismos administrativos;
- divulgaciones con fines de aplicación de la ley, como proporcionar información sobre alguien que es o se sospecha que es víctima de un delito; para proporcionar información sobre un delito en nuestra oficina; o para denunciar un delito ocurrido en otro lugar;
- divulgación a un médico forense para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte; o a los directores de funerarias para ayudar en el entierro; o a organizaciones que manejan donaciones de órganos o tejidos;
- usos o divulgaciones para investigaciones relacionadas con la salud;
- usos y divulgaciones para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad; usos o divulgaciones para funciones gubernamentales especializadas, como la protección del presidente o de funcionarios gubernamentales de alto rango; para actividades lícitas de inteligencia nacional; con fines militares; o para la evaluación y salud de los miembros del servicio exterior;
- divulgación de información anonimizada; divulgaciones relacionadas con los programas de compensación para trabajadores;
- divulgaciones de un "conjunto limitado de datos" para operaciones de investigación, salud pública o atención médica;
- divulgaciones incidentales que son un subproducto inevitable de los usos o divulgaciones permitidos;
- divulgaciones a "socios comerciales" que realizan operaciones de atención médica para nosotros y que se comprometen a respetar la privacidad de su información médica;

A menos que se oponga, también compartiremos información relevante sobre su atención con su familia o amigos que lo estén ayudando con su atención dental.

RECORDATORIOS DE CITAS

Es posible que le llamemos o le escribamos para recordarle las citas programadas o que es hora de programar una cita de rutina. Un estudiante lo llamará para programar y recordarle sus citas. A menos que nos indique lo contrario, le dejaremos un mensaje de recordatorio en su correo de



Dental Hygiene

voz o con alguien que conteste su teléfono. (Tenga en cuenta que su cita no se considera confirmada, a menos que haya una confirmación verbal de haber recibido el mensaje).

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

No haremos ningún otro uso o divulgación de su información de salud a menos que firme un "formulario de autorización" por escrito. El contenido de un "formulario de autorización" está determinado por la ley federal. El programa de higiene dental solo usará su información después de recibir su autorización por escrito.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

La ley le otorga muchos derechos con respecto a su información de salud. Puedes:

- pedimos que restrinjamos nuestros usos y divulgaciones con fines de tratamiento (excepto tratamiento de emergencia), pago u operaciones de atención médica. No tenemos que estar de acuerdo en hacer esto, pero si estamos de acuerdo, debemos respetar las restricciones que usted desea. Para solicitar una restricción, se debe enviar una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al principio de este Aviso.
- pedimos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial, por ejemplo, llamándolo por teléfono al trabajo en lugar de a su casa, enviando información de salud por correo a una dirección diferente o usando el correo electrónico a su dirección de correo electrónico personal. Atenderemos estas solicitudes si son razonables y si nos paga algún costo adicional. Si desea solicitar comunicaciones confidenciales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al principio de esta Aviso.
- Pida ver u obtener fotocopias de su información de salud. Por ley, hay algunas situaciones limitadas en las que podemos negarnos a permitir el acceso o la copia. Sin embargo, en su mayor parte, podrá revisar o tener una copia de su información de salud dentro de los 30 días posteriores a la solicitud (o sesenta días si la información se almacena fuera del sitio). Puede que tenga que pagar las fotocopias por adelantado. Si rechazamos su solicitud, le enviaremos una explicación por escrito e instrucciones sobre cómo obtener una revisión imparcial de nuestra denegación, si es que está disponible legalmente. Por ley, podemos tener una extensión de 30 días del tiempo para que le demos acceso o fotocopias si le enviamos un aviso por escrito de la extensión. Si desea revisar u obtener fotocopias de su información de salud, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al principio de este Aviso.
- Pedimos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta. Si estamos de acuerdo, modificaremos la información en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que nos lo solicite. Enviaremos la información corregida a las personas que sabemos que recibieron la información incorrecta y a otras que usted especifique. Si no estamos de acuerdo, puede escribir una declaración de su posición y la incluiremos con su información de salud junto con cualquier declaración de refutación que podamos escribir. Una vez que su declaración de posición y/o nuestra refutación se incluya en su información de salud, se la enviaremos cada vez que hagamos una divulgación permitida de su



Dental Hygiene

información de salud. Por ley, podemos tener una extensión de tiempo de 30 días para considerar una solicitud de enmienda si le notificamos por escrito de la extensión. Si desea pedimos que modifiquemos su información de salud, envíe un mensaje solicitud por escrito, incluidos sus motivos para la modificación, a la persona de contacto de la oficina en la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al principio de este Aviso.

- Obtener una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información de salud en los últimos seis años (o un período más corto si lo desea). Por ley, la lista no incluirá: divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; divulgaciones con su autorización; divulgaciones incidentales; divulgaciones requeridas por la ley; y algunas otras divulgaciones limitadas. Tiene derecho a una lista de este tipo por año sin cargo. Si quieres listas más frecuentes, tendrás que pagarlas por adelantado. Por lo general, responderemos a su solicitud dentro de los 60 días posteriores a su recepción, pero por ley podemos tener una extensión de tiempo de 30 días si le notificamos de la extensión por escrito. Si desea una lista, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al principio de este Aviso.
- obtener copias impresas adicionales de este Aviso de Prácticas de Privacidad si así lo solicita. No importa si ya recibió uno electrónicamente o en papel. Si desea copias impresas adicionales, envíe una solicitud por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al principio de este Aviso.

NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por ley, debemos cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad hasta que decidamos cambiarlo. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Si cambiamos este Aviso, las nuevas prácticas de privacidad se aplicarán a su información de salud que ya tenemos, así como a la información que podamos generar en el futuro. Si cambiamos nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, publicaremos el nuevo aviso en nuestra oficina, tendremos copias disponibles en nuestra oficina y lo publicaremos en nuestro sitio web.

QUEJAS

Si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, puede presentar una queja ante nosotros o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias contra usted si presenta una queja. Si desea presentar una queja con nosotros, envíe una queja por escrito a la persona de contacto de la oficina a la dirección, fax o correo electrónico que se muestra al principio de este Aviso. Si lo prefiere, puede discutir su queja en persona o por teléfono con la persona que aparece al principio de este Aviso.

PARA MÁS INFORMACIÓN

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, llame o visite a la persona de contacto de la oficina a la dirección o al número de teléfono que se muestran al principio de este Aviso.



ALAMO COLLEGES DISTRICT

Palo Alto College

Dental Hygiene

Al firmar este documento a continuación, doy fe de que he leído el documento, entiendo el documento, reconozco el contenido de este documento y acepto el contenido de este documento:

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

-----cortar-----

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Programa de Higiene Dental de Palo Alto College.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Revisado por:
Oficina del Consejo General



ALAMO COLLEGES DISTRICT

Palo Alto College

Dental Hygiene

NEXO 6-1.6 CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA TRATAMIENTO

Lea atentamente la siguiente información después de haber leído este consentimiento y acuerdo. Firme su nombre a continuación para aceptar los términos de este acuerdo.

1. **Consentimiento para tratamiento:** Como un adulto consiente, Acepto que los estudiantes o profesores del programa de Higiene Dental de Palo Alto College me brinden atención dental a mí mismo, a mi hijo o al representante del paciente, según corresponda.
2. **Las instalaciones de enseñanza:** Como paciente en Higiene Dental de Palo Alto todo el tratamiento dental será proporcionado por profesores o estudiantes bajo la supervisión de profesores clínicos.
3. **Limitaciones:** No todas las personas pueden ser aceptadas como pacientes Higiene Dental de Palo Alto. Es posible que no se acepte personas con condiciones médicas complicadas, con requisitos de tiempo y necesidades de atención dental extremadamente difíciles. Entiendo que si soy aceptado como paciente el tratamiento con Higiene Dental de Palo Alto College puede estar limitado después del cual tiempo necesitaría encontrar atención dental dentro del sector público.
4. **Emergencia:** El tratamiento de emergencia para aliviar las molestias de los servicios no está disponible en Higiene Dental de Palo Alto College
5. **Plan de Tratamiento:** La atención y el tratamiento en la escuela llevan más tiempo que en la práctica dental privada. Las citas pueden durar hasta cuatro horas y el paciente y/o el representante del paciente deben estar preparados para múltiples visitas para completar la atención dental.
6. **Derecho a suspender el tratamiento:** Higiene Dental de Palo Alto College tiene derecho a suspender el tratamiento por cualquier motivo apropiado, como cancelaciones excesivas. En tales casos, el paciente o el representante del paciente acepta la responsabilidad total de buscar atención dental profesional alternativa. Se enviará una carta informando al paciente o al representante del paciente que se suspenderá el tratamiento. Todos los registros relacionados con el tratamiento y diagnóstico de los pacientes son propiedad del programa de Higiene Dental de Palo Alto College. Los registros y las radiografías se duplicarán previa solicitud por escrito con un cargo razonable al paciente.
7. **Pago por Servicios:** Se espera que pague por el tratamiento que recibo. Higiene Dental de Palo Alto tiene derecho a revisar las tarifas en cualquier momento para cualquier procedimiento que aún no se haya iniciado. Durante el curso de mi atención dental, pueden surgir complicaciones inesperadas o nuevas condiciones que pueden resultar en costos adicionales si mi tratamiento se vuelve demasiado complejo para que lo maneje un estudiante de higiene dental, puede ser necesario que me deriven a un dentista de atención primaria.



ALAMO COLLEGES DISTRICT

Palo Alto College

Dental Hygiene

8. **Riesgo del tratamiento.** Los profesores de Palo Alto Higiene Dental están disponibles para responder cualquier pregunta sobre el riesgo que implican procedimientos específicos. Todos los procedimientos dentales tienen ciertos riesgos, incluidos posibles efectos secundarios de algunos medicamentos utilizados en odontología. Estos riesgos incluyen, entre otros:
- reacción alérgica
 - cortes/abrasiones
 - sensibilidad/ moretones por las inyecciones
 - dientes sensibles
9. **Cita de seguimiento:** Entiendo que al aceptar el tratamiento en Higiene Dental de Palo Alto College también doy mi consentimiento para futuras citas de seguimiento con el fin de evaluar el resultado del tratamiento brindado al paciente.
10. **Acepta Fotografía:** Entiendo que se pueden grabar fotografías, vídeos, imágenes digitales y de otro tipo para documentar y ayudar con mi atención. Estas imágenes pueden usarse para ayudar en la educación del estudiante y residente dentro de la institución. Entiendo que Higiene Dental de Palo Alto College será el propietario de estas imágenes, pero que se me permitirá acceso para verlas u obtener copias de ellas a un costo razonable. Excepto para fines educativos y de tratamiento, las imágenes que me identifiquen se divulgarán y/o utilizarán fuera de la organización únicamente con mi autorización escrita o la del representante del paciente.
11. **Aviso de Privacidad de práctica:** Higiene Dental de Palo Alto College Puede divulgar información a otras entidades o proveedores de atención médica, para el pago de servicios de tratamiento y para operaciones de atención médica como se describe en el "Aviso de práctica de privacidad". Higiene Dental de Palo Alto College ha preparado este documento detallado para ayudarle a comprender mejor nuestras políticas y con respecto al uso de la divulgación de información de salud personal.

Se me ha dado la oportunidad de revisar y recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad.

Favor de inicial: _____

12. **Consentimiento para el tratamiento:** Al firmar a continuación, indico que he leído y entiendo los términos del consentimiento y Acuerdo para el tratamiento. Soy el paciente o tengo la autoridad para dar mi consentimiento en nombre del paciente. Doy mi consentimiento a Palo Alto Higiene Dental para realizar las tareas necesarias o apropiadas para un examen, diagnóstico y tratamiento dental y físico adecuado, incluida la anestesia local.

Mis preguntas sobre este consentimiento y acuerdo han sido respondidas.

Firma del paciente o representante

Fecha



Declaración de Derechos del Paciente

Como paciente en el Programa de Higiene Dental de Palo Alto College, usted, el paciente, tiene derecho a:

1. Trato considerado, respetuoso y confidencial.
2. Recibir el tratamiento estándar para todas las necesidades de tratamiento de higiene dental.
3. Continuación y finalización del tratamiento de higiene dental que se inicia en nuestro programa como se describe en el plan de atención de higiene dental proporcionado al paciente.
 - a. La finalización de la atención incluye la obligación del paciente de asistir y asistir a todas las citas programadas para evitar un vacío en el aprendizaje del estudiante.
 - b. La finalización de la atención también incluye que los pacientes cumplan con sus citas según lo programado con el estudiante.
 - c. **Tenga en cuenta:**
 - i. *Las cancelaciones de pacientes no pueden exceder las dos veces, sin un aviso de 24 horas, de lo contrario se suspenderá el tratamiento en la clínica de higiene dental. Tenga en cuenta que la cancelación afecta las habilidades de aprendizaje de los estudiantes.*
 - ii. *Las llegadas tardías a las citas están limitadas una vez que no exceda los 15 minutos. Esto también afecta el aprendizaje integral de los estudiantes.*
4. Acceso a información completa y actualizada relacionada con el cuidado dental y a que se me explique la información en términos comprensibles, excepto cuando esté restringido por la ley.
5. Explicación de todas las modalidades de tratamiento recomendadas, incluida la opción de rechazar el tratamiento.
6. Explicación de todos los riesgos que conlleva el tratamiento y los resultados esperados, si cumpla con las recomendaciones del tratamiento.
7. Estar informado de la necesidad completa de tratamiento de higiene dental y de la atención del tratamiento descrita que refleja el costo de la atención en el sector privado.
8. Una explicación de los costos en los que se incurrirá en nuestras instalaciones en función de la edad del paciente.

Esta Declaración de Derechos del Paciente es para ayudar en la garantía de calidad que es una política importante del Programa de Higiene Dental de Palo Alto College. Se establece para asegurar que el paciente conozca sus derechos cuando reciba tratamiento en nuestra Clínica.

Al firmar este documento, declaro que he leído, entiendo y acepto estos derechos mencionados anteriormente.

Firma del paciente _____ Nombre impreso _____ Fecha _____

Soy el tutor legal del paciente, _____

He leído, entiendo y acepto estos derechos mencionados anteriormente para el paciente.

Firma del Guardián _____ Nombre impreso _____ Fecha _____

Relación _____