

IDC INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

(Esta información es necesaria para nuestros archivos y para su salud y será considerada **CONFIDENCIAL**)

Fecha _____

Nombre de paciente _____ Edad _____ Fecha de nacimiento del paciente _____ Hombre Mujer
APELLUDO NOMBRE INICIAL

Si el paciente es un menor de edad de el nombre de los padres o guardiaces _____ Relación _____

Dirección de la casa _____ ¿Por cuánto tiempo? Propio Renta
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Paciente es: Casado(a) Soltero(a) Separado(a) Viudo(a) Menor de edad

Número de la licencia de conducir _____ Número del Seguro Social _____ Teléfono de casa () _____

Banco _____ Número de la cuenta _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Lugar de empleo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ocupación _____

Dirección del empleo _____ Teléfono de trabajo () _____
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de esposo(a) _____ Número del Seguro Social _____ Número de licencia _____

Lugar de empleo _____ ¿Por cuánto tiempo? _____ Ocupación _____

Dirección del empleo _____ Teléfono de trabajo () _____
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL

Nombre de un familiar cercano que no viva con Ud. _____ Relación _____

Dirección completa del familiar cercano _____ Teléfono de casa () _____
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL No tiene médico

Nombre de su médico _____ () _____
RECCION CIUDAD TELÉFONO

Dentista de anterior _____ () _____
DIRECCION CIUDAD TELÉFONO

¿Por qué cambia usted a dentistas? _____

Razón por la cita _____

¿Es esta visita de emergencia? Sí No En caso de sí, explique: _____

Escuela a la que van sus hijos _____ ¿A quién le podemos agradecer su visita? _____

INFORMACIÓN SOBRE SUS FINANZAS

Persona responsable por esta cuenta _____ Relación _____

Dirección _____ () _____
CALLE CIUDAD ZONA POSTAL TELÉFONO

FORMA PREFERIDA DE PAGO: Al contado en el día del tratamiento Número de Visa _____ EXPIRACION DATE _____

Número de ayuda del Estado _____ Número de MasterCard _____ EXPIRACION DATE _____

Nombre de la compañía de seguro (principal) _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL	NUMERO DEL GRUPO	NUMERO DEL PLAN	NOMBRE DEL SINDICATO
SINDICATO LOCAL			

Nombre de la compañía de seguro (secundario) _____

NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DEL GRUPO DE SEGURO DENTAL	NUMERO DEL GRUPO	NUMERO DEL PLAN	NOMBRE DEL SINDICATO
SINDICATO LOCAL			

TERMINOS AND CONDICIONES

Arreglos financieros se tienen que hacer primero, antes de recibir el tratamiento. El funcionamiento de esta oficina dental depende de los pagos que hace el paciente por los tratamientos recibidos y por lo tanto, la responsabilidad para el pago por parte de cada paciente tiene que ser determinada antes del tratamiento. Todo tratamiento de emergencia o cualquier servicio dental recibido, sin haberse hecho un arreglo previo por los pagos, debe ser pagados al contado en el momento del tratamiento.

Pacientes que están asegurados deben entender que todos los servicios dentales son cargados directamente a él o ella, y que él o ella son personalmente responsables por el pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a los pacientes a preparar todos los formularios que sean necesarios para cobrarle el seguro y le acreditará el dinero recibido de la compañía de seguro a la cuenta de paciente. Aunque esta oficina dental no dará servicios bajo la condición de que el pago será hecho por la compañía de seguro en lugar de por el paciente.

Asignación de seguro: Yo autorizo a mi compañía de seguro, a pagar directamente a mi dentista los beneficios de mi póliza.

Un recargo del 1 1/2% por mes (18% por año, pero nunca mas de lo permitido por la ley del estado) en el balance que debe el paciente será cargado en todas las cuentas que existan los 60 días, a menos que previamente se hayan hecho arreglos satisfactorios por escrito con esta oficina.

Yo entiendo que el estimado de los cargos detallados por este servicio dental pueden ser extendidos solamente por seis meses a partir de la fecha en que fui examinado.

En consideración a los servicios profesionales prestados a mi, o solicitados por mi, por el doctor, yo consiento en pagar los precios de dichos servicios a dicho doctor o su designado, o dentro de los cinco (5) días de haber recibido la cuenta, si el crédito ha sido extendido. Además estoy de acuerdo que el precio de los servicios es el que aparece en la cuenta, a menos que yo haya objetado por escrito durante el tiempo que se me dio para pagar los servicios. Además estoy de acuerdo de cualquier rompimiento de estos terminos y condiciones por mi parte, no me autoriza el rompimiento de los terminos y condiciones. Además estoy de acuerdo en pagar los costos de abogado en caso que una reclamación se haga en mi contra.

Yo le doy permiso a usted o a la persona designada por usted para telefonarme a mi casa o a mi lugar de empleo para comentar este formulario.

Yo he leído las condiciones arriba explicadas y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____

¡FAVOR DE COMPLETAR LOS DOS LADOS!

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

Estas preguntas son para su provecho y le aseguran que se consideran en su tratamiento médico la condición de su salud pasada y presente. Puede ser que algunas preguntas no parezcan que se relacionan con su condición dental pero todas están relacionadas con el cuidado dental apropiado.

Por favor conteste cada pregunta. Haga un círculo alrededor de **SÍ** o de **NO**. Por ejemplo: ¿Está usted vivo? **(SÍ)** No

HISTORIA CLINICA

1. ¿Tiene usted buena salud? **SÍ** No
2. Fecha del último examen médico
3. ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? **SÍ** No
¿En caso de sí para qué enfermedad está siendo tratado?
4. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación? **SÍ** No
¿En caso de sí, que enfermedad u operación?
5. ¿Ha estado usted hospitalizado? **SÍ** No
¿En caso de sí cuál fue el problema?
6. ¿Está usted tomando alguna medicamento SÍ NO ¿O cualquier otro tipo de drogas (marijuana, cocaína, etc.)? **SÍ** No
¿En caso de sí, diga cuál? ¿Que dosis?
7. ¿Ha sido ud. alguna vez pre-medicado con antibiótico para su tratamiento dental? **SÍ** No
8. ¿Alguna vez pre-tratar a un enfermo con antibióticos por su tratamiento dental? **SÍ** No
9. ¿Está Ud. sensitivo o alérgico cualquier droga o material? Látex Penicilina Tetraciclina Sulfa Aspirina Codeína **SÍ** No
 Otra (Si hay otros ¿cuáles drogas o materiales?)
10. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes? (Hacer un círculo alrededor de **S** o de **N** todas las condiciones mencionadas)

S N Anemia S N Herpes S N Apopleja S N Ulceras S N Diabetes S N Glaucoma S N Artritis S N Enfisema S N Hemofilia S N Reumatismo S N Tonsilitis	S N Escarlatina S N Varicela S N Sinusitis S N Hemorragia S N Asma S N Tuberculosis S N Socio Cardíaco S N Fiebre del benu S N Protisis artificial S N Parálisis cerebral	S N Fiebre Reumática S N Dolor mandibular S N Angina del pecho S N Granitos herpéticos S N Propensión a golpes S N Heridas en la cabeza S N Insuficiencia Cardíaca S N Enfermedad del hígado S N Alérgias, urticarias S N Alérgico a metales S N Ataque de corazón	S N Desórdenes mentales S N Desórdenes nerviosos S N Adicción a las drogas S N Enfermedad del riñón S N Ulceras del estómago S N Dificultad en tragar S N Epilepsia o ataques S N Medicina Cortisona S N Enfermedad de tiroides S N Transfusión de sangre S N Enfermedad de la sangre	S N Tumores o precánceros S N Tratamiento Siquiátrico S N Reemplazo de articulación S N Complejo relacionacio con HIV S N Enfermedades respiratorias S N Enfermedad de la célula lactoime S N Lesiones de corazón congénitas S N Tratamiento de rayos-x o cobalto S N Desmayos o ataques S N Quimoterapia (cancer, leucemia) S N Tratamiento de radiación	S N Hepatitis, ictericia S N Enfermedad venérea (sífilis, gonorrea) S N Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) S N Síndrome de desorden de articulación mandibular S N Ova
--	--	--	---	---	--
11. ¿Usa usted un marcapaso de corazón, o ha tenido cirugía cardíaca? **SÍ** No
12. ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparece arriba y que yo deba saber? **SÍ** No
¿En caso de sí, por favor explique cuál?
13. ¿Fuma usted? ¿En caso de sí, cuanto? Cigarros Puros Paquetes por día **SÍ** No
14. ¿Ha tomad Ud. alguna vez la drogas "Phen-Phen" o "Redux"? **SÍ** No
15. (Mujeres) ¿Está usted en estado de gestación? ¿En caso de sí, cuántos meses?
16. (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema con su menstruación? **SÍ** No
17. (Mujeres) ¿Toma Ud. píldoras anticonceptivas? **SÍ** No

HISTORIA DENTAL

1. ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novocaina, etc.)? **SÍ** No
 2. ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local? **SÍ** No
 3. ¿Ha usted tenido un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente? **SÍ** No
En caso de sí, explique
 4. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera? Semanas Meses Años
 5. ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental? Semanas Meses Años
 6. ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental? **SÍ** No
En caso de sí, marque Muy poco Moderadamente Extremadamente
 7. ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento? **SÍ** No
- En base a mi conocimiento, todas las contestaciones anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez hubiera cambios en mi salud o en mi medicaciones, yo le informaré sin falta al doctor en mi próxima visita.

A Fecha _____ Firma _____

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD DEBE SER ACTUALIZADO CADA AÑO!

B PONER AL DÍA — Desde su última visita al médico

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? **SÍ** No
2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? **SÍ** No
3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? **SÍ** No

Fecha _____ Firma _____

C PONER AL DÍA — Desde su última visita al médico

1. ¿Ha consultado Ud. a un médico? **SÍ** No
2. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? **SÍ** No
3. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? **SÍ** No

Fecha _____ Firma _____

REVISADO POR A _____ FECHA B _____ FECHA C _____ FECHA	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">C</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">FECHA _____</td> <td style="text-align: center;">FECHA _____</td> <td style="text-align: center;">FECHA _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PS _____</td> <td style="text-align: center;">PS _____</td> <td style="text-align: center;">PS _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">PULSO _____</td> <td style="text-align: center;">PULSO _____</td> <td style="text-align: center;">PULSO _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TEMP _____</td> <td style="text-align: center;">TEMP _____</td> <td style="text-align: center;">TEMP _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">POR _____</td> <td style="text-align: center;">POR _____</td> <td style="text-align: center;">POR _____</td> </tr> </table>	A	B	C	FECHA _____	FECHA _____	FECHA _____	PS _____	PS _____	PS _____	PULSO _____	PULSO _____	PULSO _____	TEMP _____	TEMP _____	TEMP _____	POR _____	POR _____	POR _____
A	B	C																	
FECHA _____	FECHA _____	FECHA _____																	
PS _____	PS _____	PS _____																	
PULSO _____	PULSO _____	PULSO _____																	
TEMP _____	TEMP _____	TEMP _____																	
POR _____	POR _____	POR _____																	

POR FAVOR, HÁGANOS SABER CUALQUIER CAMBIO DE SU SALUD DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. SI NO HAY CAMBIOS, POR FAVOR ESCRIBA Ud. "NINGUNOS"

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO: Yo autorizo al dentista(s) en cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de óxido nítrico y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren necesarias o aconsejables en el diagnóstico de este paciente. Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestésicos y drogas.

Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los terminos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario

Firma _____ Fecha _____

Esta autorización debe ser firmada por el paciente, o en el caso de un menor de edad, o cuando el paciente está incapacitado o es mentalmente incompetente por un familiar cercano del paciente.

Relación al paciente: _____

INLAND DENTAL CENTER
HERITAGE COURT
44100-D Jefferson Street Suite 404
Indio CA 92201
760.772.0214
F 760.772.0583

Autorización Para Usar Y Revelar La Información De Salud

PARTE A: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Num. del Paciente: _____ Num. Seguro Social: _____

PARTE B: AL PACIENTE – POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES CUIDADOSAMENTE

Propósito de la Autorización: Al firmar este formulario, usted nos dará su autorización para nosotros usar y revelar su información protegida de salud para llevar a cabo su tratamiento, para procesar los pagos, y para las operaciones de cuidados de salud.

Aviso de las Prácticas de Privacidad: Ud. tiene derecho a leer nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmará esta Autorización. Nuestro Aviso provee una descripción de su tratamiento, el procesamiento de los pagos, y las operaciones de cuidados de salud, de las maneras en que usaremos y revelaremos su información protegida de salud, y otros asuntos importantes acerca de su información protegida de salud. Una copia de nuestro Aviso acompaña esta Autorización. Lo exhortamos a que lo lea cuidadosa y completamente antes de firmar la Autorización.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como ha sido descrito en nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de las Prácticas de Privacidad revisado, que contendrá los cambios. Esos cambios se pueden aplicar a cualquier información protegida de salud suya que tengamos.

Ud. puede obtener una copia de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad, incluyendo cualquier revisión a nuestro Aviso, en cualquier momento comunicándose con:

Persona de Contacto: Monica DuBois
Teléfono: (760) 772.0214 Fax: (760) 772.0583

Derecho a Revocar: Usted tendrá derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento sometiéndome una notificación por escrito de su revocación a la Persona de Contacto que aparece en la parte superior. Por favor comprenda que la revocación de esta Autorización no afectará ninguna acción que hayamos tomado contando con esta Autorización antes de recibir su revocación, y que podemos declinar darle o continuar su tratamiento si revoca esta Autorización.

FIRMA

Yo, _____, he tenido la oportunidad para leer y considerar el contenido de este formulario de Autorización y su Aviso de las Prácticas de Privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Autorización, estoy dando mi autorización para que ustedes usen y revelen mi información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, procesar los pagos y para las operaciones de los cuidados de salud.

Firma _____ Fecha: _____

Si esta Autorización está firmada por el representante personal del paciente en representación del paciente, complete lo siguiente:

Nombre de Representante Personal: _____
Relación con el Paciente: _____

TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE QUE LA FIRME
Incluya una Autorización procesada en el expediente del paciente.

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Revoco mi Autorización para que ustedes puedan usar y revelar mi información protegida de salud para el tratamiento, procesar pagos, y las operaciones de cuidados de salud.

Entiendo que la revocación de mi Autorización no afectará ninguna acción tomada por ustedes contando con mi Autorización antes de que ustedes hayan recibido por escrito este Aviso de Revocación. Entiendo además que ustedes pueden declinar tratarme o a continuar tratándome después de que haya revocado mi Autorización.

Firma: _____ Fecha: _____

DATOS SOBRE LOS EMPASTES

Hoja Informativa sobre Materiales Dentales

¿Y qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)?

La salud del paciente y la seguridad de los procedimientos dentales son las metas principales de la profesión dental de California y del la Junta Dental de California (Dental Board of California). El propósito de esta hoja informativa es proporcionarle a Ud. información en cuanto a los riesgos y beneficios de todos los materiales utilizados en la restauración (el empastar o rellenar) de los dientes.

A la Junta Dental de California se le exige por ley* poner a la disposición de todo dentista legalmente aprobado en el estado de California esta hoja informativa sobre materiales dentales. Su dentista, a su vez, debe proveer la hoja informativa a cada paciente nuevo y a los pacientes actuales sólo una vez antes de empezar cualquier procedimiento restaurativo de dientes.

Como padre/tutor del paciente, se le sugiere altamente hablar con su dentista sobre los datos presentados concernientes a los materiales siendo considerados para su propia condición dental.

***Business and Professions Code** 1648.10-1648.20

Reacciones Alérgicas Contra Materiales Dentales

Algunos componentes de los empastes pueden tener efectos secundarios o causar reacciones alérgicas, al igual que otros materiales con que nos encontramos diariamente. Los riesgos de tales reacciones son muy bajos para todo tipo de material de empaste. Estas reacciones pueden ser causadas por componentes específicos de los empastes tal como mercurio, níquel, cromo, y/o aleaciones de berilo. Por lo general, una alergia aparece en forma de piel irritada y se puede corregir fácilmente cuando el individuo no está en contacto con el material.

No existen casos documentados de reacciones alérgicas contra resina compuesta, vidrio ionomérico, resina ionomérica, o porcelana. Sin embargo, se han reportado reacciones contra amalgama dental, porcelana fundida a metal, aleaciones de oro, y aleaciones de cromo con níquel o cobalto pero estos casos no son típicos.

Si Ud. padece de alergias, hable con su dentista sobre estos problemas potenciales antes de que se escoja un material para empastar.

La Toxicidad de Materiales Dentales

La Amalgama Dental

El mercurio en su forma elemental está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan intoxicación reproductiva. El mercurio podría dañar al cerebro en desarrollo de un niño o feto.

La amalgama dental se hace al mezclar el mercurio elemental (43-54%) y una aleación en polvo (46-57%) compuesta principalmente de plata, estaño, y cobre. Por esta razón se han discutido los riesgos del mercurio en la amalgama dental. El mercurio se emite en cantidades muy pequeñas de vapor. Esto ha provocado algunas inquietudes en cuanto a la posibilidad de intoxicación. La investigación científica sobre la seguridad de la amalgama dental continúa. Según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hay poca evidencia que la salud de la mayoría de la población sea afectada por amalgama. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y otras organizaciones públicas de salud han investigado la seguridad de la amalgama usada para empastar dientes. La conclusión: ninguna evidencia científica ha mostrado que amalgamas causan daño a pacientes con restauraciones dentales, excepto en casos raros de

alergia. La Organización Mundial de la Salud (WHO) llegó a una conclusión similar declarando: "Las restauraciones de amalgama son seguras y económicas."

Existe una diversidad de opiniones con respecto a la seguridad de amalgamas dentales. Hay dudas en cuanto a la seguridad de amalgamas en mujeres embarazadas, niños, y personas diabéticas. Sin embargo, la evidencia científica y la literatura de estudios en publicaciones científicas, evaluadas por colegas en la profesión, indican que mujeres, niños, y diabéticos quienes de otra manera están de buena salud no corren un riesgo más alto por tener amalgamas dentales adentro de la boca. La FDA no le pone ninguna restricción al uso de amalgama dental.

Resina Compuesta

Alguna Resina Compuesta contiene Sílice Cristalina, la cual está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan cáncer.

Siempre es una buena idea hablar a fondo con su dentista de cualquier procedimiento dental.

Materiales Dentales--Ventajas y Desventajas

La durabilidad de cualquier restauración dental depende no sólo de los materiales usados sino también del método que el dentista utiliza al colocar la restauración. Otros factores incluyen los materiales auxiliares utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. El tiempo de durabilidad de una restauración dependerá de su higiene dental personal, su dieta, y sus hábitos de masticar.

EMPASTES DE AMALGAMA DENTAL

Amalgama dental es una mezcla de mercurio líquido y un polvo de una aleación de plata, estaño, y cobre que se endurece por sí sola. A veces a la amalgama se le refiere como empastes de plata por su color. Con frecuencia se usa como material para empastar y como reemplazo para dientes quebrados.

Ventajas

- Duradera
- No se gasta pronto; resiste la fuerza al morder
- Relativamente económica
- Generalmente se completa en una sola visita
- Se sella solo; se encoge muy poco o no se encoge, y no se escurre
- Tiene alta resistencia a mayor deterioro (caries) pero puede resultar difícil detectar en sus etapas iniciales
- Menos frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)"
- Color gris, no color de diente
- Puede oscurecerse al corroer (dañarse); puede manchar los dientes con el tiempo
- Requiere extraer parte del diente sano
- En empastes más grandes de amalgama, lo que queda del diente se podría debilitar y fracturar
- El conducto de temperaturas altas y bajas en el metal podría causar momentos de sensibilidad de dientes a cosas calientes y frías
- El contacto con otros metales ocasionalmente puede causar una pequeña corriente eléctrica

EMPASTES DE RESINA COMPUESTA

Empastes compuestos son una mezcla de vidrio en polvo y resina de plástico, y a veces se le refiere como empastes blancos, plásticos, o empastes del color de los dientes. Se usa para empastes, incrustaciones, recubrimientos, coronas parciales y completas, o para reparar partes de dientes quebrados.

Ventajas

- Fuerte y duradera
- Color de diente
- Una sola visita para empastar
- Resiste fracturas
- Cantidad máxima del diente preservado
- Poco riesgo de escurrimiento si está pegado solamente al esmalte (superficie)
- No se corroe (no se desgasta o pudre)
- Generalmente resiste la fuerza al morder dependiendo del producto utilizado
- La resistencia a mayor deterioro (caries) es moderada y fácil de detectar
- De menos a moderada frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase "Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)"
- Frecuencia moderada de momentos de sensibilidad de dientes; el material es sensible al método de aplicación del dentista
- Cuesta más que amalgama dental
- El material se encoge al endurecerse y podría ocasionar mayor deterioro (caries) y/o sensibilidad de temperaturas
- Requiere más de una visita para incrustaciones, recubrimientos, y coronas
- Puede gastarse más rápido que el esmalte dental
- Puede escurrirse con el tiempo cuando está pegado debajo del esmalte (debajo de la superficie)

CEMENTO DE VIDRIO IONOMÉRICO

Cemento de vidrio ionomérico es una mezcla de vidrio y ácido orgánico que se endurece por sí sola. Es el mismo color de los dientes y varía en su estado de translucidez. Vidrio ionomérico usualmente se usa para empastes pequeños pegando con cemento metal y coronas de porcelana/metal, revestimientos, y restauraciones temporales.

Ventajas

- Buena apariencia
- Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta mas que amalgama)
- Uso limitado porque no es recomendado usarse en superficies de dientes permanentes en donde se muerde
- Con el tiempo, este material podría hacerse áspero (roñoso) y puede aumentar la acumulación de placa dental y de la enfermedad periodontal
- Se gasta relativamente pronto; suele rajarse con el tiempo y se puede dislocar

CEMENTO DE RESINA IONOMÉRICA

Cemento de resina ionomérica es una mezcla de polímero de vidrio y resina y de ácido orgánico que endurece al estar expuesta a una luz azul usada en la oficina dental. Es el mismo color de los dientes pero más translúcido que el cemento de vidrio ionomérico. Más se usa para pequeños empastes, pegando con cemento metal y coronas y revestimientos de porcelana/metal.

Ventajas

- Muy buena apariencia
- Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- Bueno para superficies en donde no se muerde
- Se puede usar para restauraciones a corto plazo de los dientes primarios
- Puede durar más que vidrio ionomérico pero no tanto como la compuesta
- Resiste bien el escurrimiento
- El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta mas que amalgama)
- Uso limitado porque no se recomienda para restaurar superficies de dientes de adultos en donde se muerde
- Se gasta más rápido que la compuesta y la amalgama

PORCELANA (CERÁMICA)

Porcelana es un material semejante al vidrio que se forma en empastes o coronas, usando modelos de los dientes preparados. El material es el mismo color de los dientes y se usa en incrustaciones, recubrimientos, coronas, y puentes fijos.

Ventajas

- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída para los recubrimientos; más cantidad para las coronas porque su fuerza está relacionada con su tamaño
- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- No se gasta la superficie pero puede causar que se gasten los dientes opuestos
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta
- El material no ocasiona sensibilidad de dientes

Desventajas

- El material es frágil y se puede quebrar bajo la fuerza de morder
- Tal vez no sea recomendado para las muelas
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

ALEACIONES DE NÍQUEL O COBALTO Y CROMO

Aleaciones de níquel o cobalto y cromo son mezclas de níquel y cromo. Son de color plateado oscuro y se utilizan para coronas y puentes fijos y la mayoría de las armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- No se desgasta o se pudre en la boca
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es un color de metal plateado oscuro
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Puede ser abrasivo a dientes opuestos
- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio
- Un poco más de desgaste a los dientes opuestos

PORCELANA FUNDIDA A METAL

Este tipo de porcelana es un material como el vidrio que se “esmalta” encima de cascos de metal. Es el mismo color de diente y se usa para coronas y puentes fijos.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Muy durable, debido a la estructura del metal
- El material no ocasiona sensibilidad de dientes
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- Más diente requiere ser extraído (que por la porcelana) para la estructura de metal
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

ALEACIÓN DE ORO

Aleación de oro es una mezcla de oro, cobre, y otros metales. Es color oro y se usa principalmente para coronas y puentes fijos y algunas armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- No se desgasta o se pudre en la boca
- Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- No se gasta pronto; no gasta los dientes opuestos
- Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es color amarillo
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

HOJA INFORMATIVA SOBRE MATERIALES DENTALES

INSTRUCCIONES

El 14 de mayo de 2004, la Junta actualizó la Hoja Informativa sobre Materiales Dentales. **Business & Professions Code sección 1648.15** requiere lo siguiente:

- El dentista debe proporcionar esta hoja informativa actualizada a cada paciente nuevo y a los pacientes actuales antes de realizar trabajo de restauración dental. El dentista necesita proporcionar la hoja informativa a cada paciente solamente una vez.
- El paciente debe firmar un documento implicando que ha recibido la hoja informativa, y una copia de la prueba de este documento se debe poner en el archivo dental del paciente.
- Si la Junta actualiza la hoja informativa, la versión actualizada debe ser entregada a los pacientes de la misma manera.
- El dentista también debe proveer la hoja informativa al los pacientes que la soliciten

Este requisito no se les aplicará a procedimientos dentales quirúrgicos, endodónticos, periodónticos, u ortodónticos en los cuales no se utilizan materiales restaurativos.

El dentista es responsable de distribuir copias de esta hoja informativa.

En este momento la hoja informativa actualizada está disponible sólo en inglés. Sin embargo, una versión en español se espera pronto.

Declaración sugerida para el “Formulario de Consentimiento”:

“Yo he recibido una copia de la Hoja Informativa sobre Materiales Dentales como lo ha requerido la ley”

Provee una línea abajo en el formulario para la firma y la fecha, O, puede mandar a hacer un sello con palabras apropiadas, sellar el archivo del paciente y obtener una firma y fecha.

Esta hoja informativa también se puede bajar de la página web de la Junta Dental de California: <http://www.dbc.ca.gov> debajo del título “News and Information”