



Programa de Higiene Dental
Derechos y responsabilidades del paciente
Declaración de los derechos del paciente

La Clínica de Higiene Dental de College of the Mainland tiene como objetivo contribuir a la formación de los estudiantes a través de la experiencia individual con pacientes y el entrenamiento clínico para alcanzar la competencia en el campo de la higiene dental. Se seleccionan los pacientes que mejor proporcionen una buena situación de aprendizaje para los estudiantes.

Como paciente de la Clínica del Programa de Higiene Dental de College of the Mainland, usted tiene derecho a:

1. Un trato considerado, respetuoso y confidencial.
2. Recibir tratamiento sin discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad u orientación sexual.
3. La continuación y finalización de la atención de higiene dental iniciada en la Clínica de Higiene Dental de College of the Mainland si cumple con sus responsabilidades tal y como se describen en la Declaración de responsabilidades del paciente.
4. Acceder a información completa y actualizada sobre su estado bucodental y su atención dental, y que se le explique o interprete dicha información según sea necesario. Esto incluye el derecho a inspeccionar materiales como registros de tratamiento, radiografías, modelos y otros materiales relacionados con el tratamiento, aunque sigan siendo propiedad de la Clínica de Higiene Dental de College of the Mainland. Puede solicitar una copia de sus radiografías a través del estudiante que se le haya asignado y conceder un plazo razonable para que el asistente administrativo de la clínica de higiene dental prepare y le envíe sus radiografías.
5. Una explicación del tratamiento recomendado, las alternativas de tratamiento, el riesgo de no recibir tratamiento y los resultados esperados de los distintos tratamientos, así como la opción de rechazar el tratamiento.
6. La confidencialidad y el respeto de la privacidad en relación con su historial médico, salud bucodental y registros dentales.
7. Recibir información de las políticas y prácticas dentales relacionadas con la atención, el tratamiento y las responsabilidades del paciente, incluyendo ser informado del costo del tratamiento antes del mismo y dar su consentimiento por escrito antes del tratamiento.
8. Recibir información si se determina que sus necesidades de tratamiento exceden el alcance de la Clínica del Programa de Higiene Dental de College of the Mainland y recibir una lista de clínicas comunitarias y proveedores de servicios locales.
9. Ofrecer comentarios, quejas y/o sugerencias sobre los servicios clínicos, el Programa de Higiene Dental o un estudiante, profesor o miembro del personal específico al profesor supervisor durante la sesión clínica o mediante la encuesta confidencial de satisfacción del paciente o el buzón de sugerencias de la sala de espera de la clínica.
10. La atención y tratamiento que cumpla con los estándares de atención de higiene dental del estado de Texas.
11. Recibir una copia de este formulario o de la Declaración de responsabilidades del paciente cuando lo solicite.

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si el paciente es menor de dieciocho (18) años:

Soy el padre, madre o tutor legal de _____ y le he solicitado a la clínica que trate a este niño.

Nombre del padre/tutor en letra de molde: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo en letra de molde: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____