

¿Algun miembro de su familia ha sido paciente de nuestra oficina? Si _____ No _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ **Numero del Seguro Social #:** _____

Direccion de la casa: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona Postal:** _____ **Tel:** _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ / **Edad:** ____ Hombre Mujer Soltero(a) Casado(a) Divorciado Otros

Lugar de empleo: _____ **Ocupacion:** _____

Direccion del empleo: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona Postal:** _____ **Tel:** _____

Nombre de esposo(a) : _____

Lugar de empleo: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zona Postal:** _____ **Tel:** _____

¿Quienes responsable por esta cuenta? _____ **Relacion al paciente:** _____

¿Con quien podemos comunicarnos en caso de emergencia? _____ **Telefono:** _____

INFORMACION SOBRE SUS FINANZAS

Aseguranza Principal	Aseguranza Secundaria
Nombre de la persona asegurada: _____ Seguro Social#: _____	Nombre de la persona asegura _____ Seguro Social #: _____
Nombre de la compania de seguro: _____	Nombre de la compania de seguro: _____
Direccion: _____	Direccion: _____
Numero del grupo: _____ Numero de ID: _____ Fecha de nacimiento: _____	Numero del grupo: _____ Numero de ID: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre de empiador de la persona asegurada : _____	Nombre de empiador de la persona asegurada: _____

¿Que problemas le gustaria discutir con el doctor y como le podemos ayudar?

¿Podriamos agradecerle a alguien por recomendarlo a nuestra oficina?

CARGOS Y PAGOS: Cargos seran explicados antes del tratamiento dental. Pagos seran pagados a la hora del servicio. Habra un cargo por cancelar su cita. Si falla el mantener una reservacion y no habla a nuestra oficina con 24 horas de anticipacion para cancelar una cita se considerara como reservacion perdida.

Gracias por su cooperacion y por preferir nuestra oficina dental. Haremos nuestro mejor esfuerzo para hacer su cita placentera.

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

1. ¿Cuando fue la ultima limpieza dental? _____ (mes/año)
2. ¿Tiene dolor o disconforme en estos momentos? SI NO
3. ¿Se pone nervioso con tratamientos dentales? SI NO
4. ¿A tenido una mala experiencia en una oficina dental? SI NO
5. ¿A estado hospitalizado durante los ultimos 2 años? SI NO
6. ¿A estado bajo cuidado medico con un doctor en el pasado? SI NO
7. ¿Esta tomando algun medicamento ? Si, si explique porque? SI NO
8. ¿Es alergico a (tiene inchazon, comezon en los ojos, manos o pies) penicilina, aspirina, codeina, o otras drogas? SI NO
9. ¿A sangrado exageradamente al grado de requerir? SI NO
10. ¿ Tiene usted o ha tenido alguna enfermedad siguiente? **Marque si o no.**

- | | | | |
|---|---|--|--|
| SI NO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Falla del corazon
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque de corazon
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina del pecho
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presion alta
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Murmullos del corazon
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumatica
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones de corazon congenitas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibre del heno
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Valvula artificial de corazon
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos del corazon
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugia del corazon
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coyunturas artificiales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia | SI NO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paralisis cerebral
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de rinon
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulceras
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos cronica
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fibre del hyano
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias o Urticurias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tx de rayo x-o cobalto | SI NO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quemoterapia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reumatismo
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicacion cortisona
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor mandibular
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o ataque
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos y ataques
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enternedi de la celula faciforme
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moretones
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Periodontitis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros | SI NO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis A (ictericia)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Serum)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Letericia amarilla
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tranfusión de sangre
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adiccion a las drogas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sifis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gonorrea
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cold Sores
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Llagas/Herpes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento Psiquiatrico |
|---|---|--|--|

11. Nombre de su doctor: _____ Telefono: _____
12. Cuando sube escaleras o camina, descanza por una razon de dolor en el pecho, no tiene bastante aire o porque esta demasiado cansada(o)? SI NO
13. ¿Se le inchan los tobillos durante el dia? SI NO
14. ¿Si tiene un doctor nunca le dijo si tiene cancer o un tumor? SI NO
15. ¿Ha tenido cual quier otra enfermedad que no aparece arriba y que yo debo saber? En caso que si, por favor explique cual? SI NO
16. ¿Fuma usted? En caso que si, cuanto? SI NO
17. MUJERES: ¿Esta usted en estado de gestacion? ¿En caso que si, cuantos meses? SI NO
- ¿ Toma usted pildoras anticonceptivas? SI NO

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; y 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 términos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario

Firma	Fecha	Dentist's Signature	Date
-------	-------	---------------------	------

Esta autorizacion debe ser firmada por el paciente, o en el case de un menor de edad, o cuando el paciente esta incapacitado o es mentalmente incompetente, por un familiar cercano del paciente.

Relacion al paciente: _____

HISTORIA MEDICA - CAMBIO EN SU ULTIMA VISITA MEDICA

Fecha	Adicional	Firma de Paciente	Dr. Signature

Sierra Dental Group

(Matthew C. Do, D.D.S. And Kyung B. Huh, D.D.S.)

CONSENTIMIENTO PARA USO DE REVELAR, INFORMACIÓN MEDICA Y RECONOCIMIENTO DE RECIBIR AVISO DE DATOS DE MATERIALES DENTALES

SECCIÓN A: Para el paciente, por favor lea con mucho cuidado las siguientes declaraciones.

Propósito de consentimiento: Al firmar esta forma usted está dando su consentimiento para revelar información médica y sacar tratamientos, pagos, actividades y funcionamiento de cuidado de salud.

Noticia de oficina privada: Usted tiene el derecho de leer nuestra noticia de salud antes de decidir firmar este consentimiento. Nuestro aviso provee descripción de nuestro tratamiento, actividades de pagos, y funcionamiento de cuidado de salud. De los usos de revelar alguna protección, médica y otros usos importancia sobre su protección médica. Una copia de nuestros avisos acompaña este consentimiento.

Tenemos el derecho de cambiar o hacer cualquier cambio o describir nuestra información sobre nuestra privacidad de oficina. Si llegamos a hacer, cualquier cambio le haríamos saber que estos cambios serían para proteger la información médica que tenemos.

Puede obtener una copia de noticia privada de nuestra oficina cualquier día:

Persona en contacto: Matthew C. Do, DDS

Teléfono: 209-826-8600

Dirección: 1989 E. Pacheco Blvd., # 1, Los Banos, CA 93635

Tiene el derecho de revocar: Tiene el derecho de revocar este consentimiento, pero tiene que darnos una nota por escrito explicando las razones porque, se somete a no firmar favor de ponerse en contacto con la manejadora de la oficina, también tiene el derecho de deceder a continuar con su tratamiento, si decide firma la revocación.

SECCIÓN B: Conosimiento de resibo de noticia privada /o privadas de materias dentales

Yo, he recibido una copia de esta oficina de noticias de practises de materiales dentales (Octubre 2001)

Yo tuve la oportunidad de leer y considerar el consentimiento de esta forma yo estoy dando el consentimiento y el uso para revelar y proteger información médica, llevar tratamientos pagos y pregunta médica.

Nombre (en molde): _____

Firma: _____

Si este consentimiento es firmando por padre o guardián complete lo siguiente:

Nombre de padre o guardián: _____

Relación al paciente: _____

USTED RECIBIRÁ UNA COPIA DEL CONSENTIMIENTO DESPUÉS DE SU FIRMA.

1. EXAMEN Y PLAN DE TRATAMIENTO DENTAL

La ley de California requiere que el dentista examine y diagnostique a todos los pacientes antes de delegar a sus empleados incluyendo a la/el higienista para la limpieza y otras obligaciones bajo supervision general.

Init. _____ ←

2. CAMBIO EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Yo entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar tratamientos por la razon que se encontraron en los dientes mientras el trabajo se estaba haciendo, cuales no fueron descubiertas durante el examen. Por ejemplo, terapia de tratamiento endodontico puede proceder despues de procedimientos restorativos. Yo doy permiso al dentista de hacer qualquier y todos los cambios necesarios, despues de explicar la razon y obtener mi consentimiento.

Init. _____ ←

3. DROGAS Y MEDICAMENTOS (TEJIDO Y HUESO)

Yo entiendo que antibioticos, analgesicos, y otros medicamentos pueden causar reacciones alergicas, causando, hinchanson y rojes de tejidos, dolor, vomito, rasquera, y/o ataques.

Init. _____ ←

4. PERDIDA PERIODONTAL

Yo entiendo que la emfermedad periodontal es una condicion de las encias y el hueso y puede seguir con perdida de los dientes. Planes de tratamiento alternativo se me han sido explicados, incluyendo, curetaje, raspado de sarro o calculo de los dientes, enguage medicinal, sirugia de la encia, extraccion y/o reemplacion. Yo entiendo que no qualquier procedimiento dental puede prevenir perdida del hueso. Yo entiendo que yo puedo requerir manteneacia constante.

Init. _____ ←

5. RELLENOS

Yo entiendo que cuidado se debe llevar acabo cuando masticando de rellenos nuevos especialmente durante las primeras 24 horas, para que no se quebren. Yo entiendo que un relleno mas extensivo puede ser requerido por la causa de una carie mas extensiva. Yo entiendo que sensibilidad significante es un efecto comun despues de poner un relleno nuevo.

Init. _____

6. CORONAS, PUENTES, Y CAPAS.

Yo entiendo que embeses no es posible hacer que los colores de los dientes artificiales causen con esos de los dientes naturales. Entiendo que yo pueda usar coronas temporaris, cuales se pueden caer facilmente y que yo devo de tener cuidado para asegurarme que se queden puestras hasta que las coronas permanentes sean entregadas. Yo realiso que la oportunidad final de hacer cambios en mi corona, nueva, puente, o capa (incluyendo color, medida, y tamano) seran antes de cementacion. Tambien es mi responsabilidad de regresar antes de 30 dias despues de la preparacion del diente para la cementacion permanente. Delatandome en excesivo puede ocurrir en movimiento de dientes. Puede ser necesario hacer la corona, puente, o capa de nuevo. Yo entiendo que abra cargos adicionales por hacer el trabajo otra vez por la razon de delatarme en la cementacion permanente. Trabajo endodontico puede ser necesario despues o durante la cementacion permanente.

Init. _____

7. TRATAMIENTO ENDODONTICO (TRATAMIENTO DE LA RAIZ DEL CANAL)

Yo realizo que no hay gurantia que el tratamiento endodontico salvara mi diente, y que complicaciones pueden ocurrir de el tratamiento y que ocasionalmente el material que rellena el canal de la raiz puede extender fuera de la raiz, cual necesariamente no afecta el tratamiento. Ocasionalmente cirugias adicionales pueden ser necesarias despues del tratamiento endodontico. Yo entiendo que el diente puede ser perdido acuesto de todos los tratamintos hecho para salvarlo. En unos casos un diente ya tratado puede requerir mas tratamiento de un especialista o puede requerir extraccion. Despues de completar un tratamiento endodontico, el diente debe de ser restaurado lo mas pronto posible para protegerlo de fractura y carie.

Init. _____

8. EXTRAECION DE DIENTES

Alternativos al remover se me han sido explicados (tratamiento endodontico, terapia corona, y cirugia, etc) Yo entiendo que al remover el diente no todo el tiempo se remueve toda la infeccion, si esta presente puede ser necesario tener mas tratamiento. Yo entiendo que los riesgos de sacarme los dientes, cuales unos son: dolor hinchason, infeccion, perdida de sensacion en mis labios, dientes, lengua y tejidos de alrededor del citio de cirugia, cuales pueden durar un periodo indefinitivo; tambien fractura a la quijada. Yo entiendo que puede haber necesidad de mas tratamiento por un especialista si hav complicaciones despues del tratamiento. cual el costo es mi responsabilidad.

Init. _____

9. DENTADURAS

Yo entiendo que usar dentaduras es dificil, Puntos adoloridos, dificultad en comer y en habla alterada son problemas comunes. Dentaduras inmediatas (poner dentaduras inmediateamente despues de extraeciones) puede ser doloroso. Dentaduras inmediatas pueden requerir ajustes y reliniamientos. Un reliniamiento permanente sera necesario mas adelante. Esto no es incluido en el precio original de las dentaduras. Yo entiendo que es mi responsabilidad de regresar para la entrega de las dentaduras. Yo entiendo que si no mantengo mi cita para recibir la dentadura puede resultar en que no quepan bien las dentaduras. Si me tardo mas de 30 dias para venir por las dentaduras y es necesario fabricar ostras abra cargos adicionales.

Init. _____

10. SERVICIOS COSMETICOS

Servicios cosmeticos pueden no ser cubiertos por planes de aseguransa. Esto incluye partes de porcelana en muelas, blanqueadores cosmeticos, laminados, y pegason cosmetica.

Init. _____

11. TRATAMIENTO OPCIONAL

La necesidad de tratamiento que no es incluido como un beneficio por las companias de azeguranza seran explicadas. Si decido proceder el uso de metales nobles incluyendo, oro sera con mi consentimiento.

Init. _____

Yo autorizo qualquier de los doctores a proceder con y hacer otras restauraciones dentales y tratamintos que se me fueron explicados. Yo entiendo que apesar de tener cualquier aseguraza, yo soy responsable de pagos dentales.

SI HAY PROBLEMAS DE SERVICIOS DENTALES ACERCA DE MI, SI EL SERVICIO DENTAL NO FUE NECESARIO, NO FUE AUTORIZADO, NEGLIGENCIA SERA SUBMITIDO PARA REVISION A LA SOCIEDAD DENTAL DE MONETERY BAY, UN COMPONENTE DE LA ASOCIACION DENTAL AMERICANA. LA DECISION SERA ACEPTADA POR LAS DOS PARTES, YO LEI, ENTIENDO, Y ESTOY DE ACUERDO CON LO DE ARRIBA.

Firma: _____

Fecha: _____

Poliza de Financiamiento

Nuestra oficina se esfuerza por ofrecer la máxima calidad y cuidado dental. Nuestros pacientes reciben servicio excelente y puntual. Creemos que un paciente satisfecho regresa para su cuidado regular, feriere a su familia, amistad, compañeros de trabajo y matiene su cuenta en excelentes condiciones. Para ayudar a mantener una relación buena con nuestros pacientes, hemos adoptado esta poliza financiera escrita. El propósito de esta poliza es para eliminar la confusión o malentendido sobre los arreglos financieros ofrecidos por nuestra oficina y la confusión con los beneficios del seguro dental.

Comunicamos esta poliza a cada uno de nuestros pacientes

1. Para las personas con beneficios de seguro, estaremos encantados de cobrarle a su seguro como una cortesía para usted. Por favor note que su contrato de seguros existe únicamente entre usted y su portador de seguros. Archivaremos su reclamación de seguros, pero no podemos garantizar los beneficios. Su plan de seguro es un beneficio para ayudar a compensar el costo del cuidado dental necesario. Por último, usted es responsable del coste entero de su tratamiento dental. Cualquier pregunta o comentarios acerca de sus beneficios deberfan ser dirigidos a su portador de seguros.
2. El pago en el momento del servicio es esperado, incluso la porción estimada que el seguro no cubre. Aceptamos los métodos de pagos siguientes: Efectivo, Cheque, MasterCard, Visa, American Express y Discover.
3. Cualquier reclamación de seguros que es 60 días atrasados se hace la responsabilidad del paciente y es debida en su totalidad. Le proveeremos una copia de la reclamación para presentar a la compañía de seguros con cualquier documentación necesaria. Cualquier pago aplicable será enviada directamente a usted por la compañía de seguros .
4. Cuando la porción del paciente no puede ser pagada en su totalidad en el momento del servicio, por lo general somos capaces a organizar los arreglos de pago extendidos para adaptar a su presupuesto. Si a usted le gustaria hacer los arreglos para los pagos extendidos, se le solicitará un informe de crédito a través de Care Credit antes de iniciar el tratamiento para determinar la mejor opción para adaptarse a su presupuesto.
5. Si usted califica para los pagos extendidos, un acuerdo escrito y firmado será completada en nuestra oficina, que explica el número de pagos, tasa de interés y el interés total que se pagará durante la vigencia del acuerdo.
6. Una declaración para servicios dados será enviada a principios del mes. El recibo del pago es esperado al día 10 del mes. Usted puede hacer pagos para su cuenta usando un cheque o tarjeta de credito. Usted también puede tener su tarjeta de crédito cargada para los pagos mensuales a través de nuestra oficina en planes de pago.
7. Su cuenta se considerará delincente si el pago no es recibido antes del día 15 del mes. Si el pago no es recibido, un cargo de 1 ½ % por mes (el 18 % por año) o mínimo de \$10.00 serán evaluados y aparecerá en la próxima declaración. Todas las cuentas con saldo de más de 60 días serán entregados a nuestra agencia de recolección. ¡Esto puede afectar su crédito!
8. Un precio de \$20.00 será aplicado a copias de rayos x que serán transferidos a otras oficinas dentales, excepto para las compañías de seguros para efectos de facturación o a las oficinas de la especialidad para los tratamientos referidos.
9. Un precio de \$25.00 será aplicado a su cuenta para cualquier cheque devuelto por el banco por cualquier razón. Presentaremos el cheque a su banco solamente una vez mas. Sin embargo, si los fondos todavía son insuficientes, ya no será posible aceptar cheques de su cuenta.
10. La hora de su cita fue reservada específicamente para usted. Hacemos todo lo posible para respetar su tiempo por ser puntual. Llegadas tardes y citas perdidas interrumpen nuestro horario e interfieren con nuestros pacientes que necesitan hacer citas. No habrá ningún costo por citas perdidas con aviso de 24 horas. Esto nos permite llenar el espacio de tiempo reservado a los pacientes que son capaces de llegar a corto plazo. Citas perdidas con menos de 24 horas de aviso pueden sufrir un costo de \$40.00 por hora de tiempo reservado.

SÍ estoy interesado en los acuerdos de pago que puede ser puesto a mi disposición con el fin de completar mi tratamiento dental. Estoy de acuerdo en ejecutar un informe de crédito para establecer un crédito con Sierra Dental Group.

Name: _____ SS # _____ - _____ - _____

NO acepto la solicitud de pago extendido. Voy a pagar en su totalidad en el momento del servicio .

He leído y entiendo la poliza financiera de Sierra Dental Group. Estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones.

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