Mi pasaporte de atención dental

Esta es una lectura esencial para todo el personal del consultorio dental que trabaja conmigo. Proporciona información importante sobre cómo puedo recibir un mejor apoyo cuando visite su clínica. Este pasaporte debe mantenerse visible y usarse cuando hable conmigo o tenga alguna pregunta sobre mí.

Este formulario se completó con la ayuda de:

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

TODO SOBRE MI

Mi nombre es: _____

Me gusta que me llamen: *(apodo si tiene uno)*

_____

Soy: □Hombre □Mujer □ Otro

Mi pronombre de género es:

□ él □ Ella □ Ellos □ Ze □ No se mencionan □ Sin preferencia

Donde vivo en este momento: *(Por ejemplo, vivienda con apoyo o la casa de mi familia.)*

Qué tipo de discapacidad/es tengo:

Primarias: _____

Secundarias: _____

Esta es la mejor persona con la que ponerse en contacto para obtener más información sobre mí o si necesito ayuda: *(Indique el nombre, el cargo y el número de teléfono de contacto)*

Otros profesionales clave involucrados en mi atención que podrían ser útiles para contactar: *(Indique el nombre, el cargo y el número de teléfono de contacto)*

_____

HISTORIAL MÉDICO

Mi breve historia médica: *(incluya otras afecciones como discapacidad visual, discapacidad auditiva, diabetes, epilepsia, asma, depresión, así como enfermedades u operaciones graves pasadas y otros problemas médicos)*

Estos son los medicamentos que tomo ahora y cómo me ayudan: *(Enumere todos los medicamentos recetados y sin receta)*

Tengo reacciones adversas cuando tomo estos medicamentos: *(Enumere los medicamentos a los que es alérgico o no tolera bien, incluidos los detalles sobre cuáles serían las reacciones)*

Soy alérgico/a al látex: ☐ SÍ ☐ NO

HISTORIA DENTAL

Mi última visita a un consultorio dental fue: (*marque uno)*

☐ En los últimos 3 meses ☐ 6 meses ☐ 1 año ☐ Hace más de un año ☐ Nunca

Cuando tuve cuidado dental en el pasado, necesitaba medicamentos especiales para ayudarme a mantenerme calma (*entorno hospitalario, sedación INTRAVENOSA, óxido nitroso/gas)* ☐ SÍ☐ NO

En caso afirmativo, describa lo que se usó, si se conoce.

Cómo reacciono a los procedimientos dentales o médicos:
(Por ejemplo, respuesta habitual a inyecciones, intravenosas, exámenes, radiografías)

Mi mejor visita al consultorio dental es cuando: (*Compartir cosas que FUNCIONARON bien)*

Mi peor visita al consultorio dental es cuando: *(Compartir cosas que NO FUNCIONARON bien)*

Estas son las preguntas y/o preocupaciones que tengo sobre mis dientes y boca:

Estas son las cosas que yo o mi ayudante hacemos todos los días para cuidar mis dientes:

Es difícil para mí cuidar mis dientes: □ SÍ □ NO
En caso afirmativo, por favor explique:

Estas son las cosas que necesito para sentirme cómodo en un sillón dental: *(marque todas las que correspondan)*

Soporte para: □ cuello □ espalda □ brazos □ rodillas □ pies

□ Sentarse en el sillón dental (no puede tolerar una posición reclinada)

□ Envoltura de seguridad de estabilización de apoyo

□ Apoyo de estabilización para espasmos

Me va mejor cuando el personal dental me brinda atención:

□ Detrás de mí □ Delante de mí □ No importa

Si empiezo a ahogarme, así es como puedes ayudar:

MOVILIDAD

Utilizo estas ayudas para ayudarme a moverme:

Puedes ayudarme a moverme por: (asistencia necesaria para sentarme en el sillón dental, ir al baño)

COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO

Formas en que prefiero comunicar con la gente:

□ Habla conmigo directamente

□ Dame tiempo para procesar las preguntas

□ Tengo una discapacidad del habla y puede ser difícil de entender

□ Lleva tiempo formar mis palabras, así que por favor sea paciente

Otros:

Me comunico usando: (*Por ejemplo- habla, lenguaje preferido, lenguaje de señas, dispositivos o ayudas de comunicación, imágenes, sonidos no-verbales, también indica si se necesita tiempo/ apoyo adicional)*

Estas son las formas en que comunico algunas cosas:

Preocupado/asustado/enojado:

Sí/Está bien/ Entiendo:

No/ No entiendo:

Otros:

La mayoría de los días, me describiría como: (selecciona todas las que correspondan)

- ☐ Feliz
- ☐ Silencioso
- ☐ Nervioso
- ☐ Soñoliento
- ☐ Estridente
- ☐ Enojado
- ☐ Otros:

Estas son las cosas que hago a veces que pueden ser difíciles o peligrosas:
(Por ejemplo- movimientos incontrolados del brazo que pueden golpear su mano al sostener una herramienta dental)

Estas son algunas cosas que pueden ayudarme a relajarme: *(marque todas las que correspondan)*

- ☐ Auriculares para bloquear el ruido
- ☐ Tapas para los ojos para bloquear la luz y las actividades
- ☐ Manta de seguridad/animal de peluche para sostener
- ☐ Otros:

SENSIBILIDADES

Estas son algunas cosas que pueden molestarme:
(selecciona todas las que correspondan)

- ☐ Olor – oficina, perfume, colonia
- ☐ Sonidos – música, ejercicios, teléfonos, voces, reloj
- ☐ Vista – luces, brazo superior, espejos, herramientas brillantes
- ☐ Posiciones – altura e inclinación de la silla, estar "quieto", acostado
- ☐ Cercanía – personas, agua, luz, máquina de rayos X
- ☐ Tacto/temperatura: guantes, aire, gasa, agua, succión, temperatura del ambiente/agua, cepillado de dientes
- ☐ Textura – pasta de dientes, gasa, algodón, metal
- ☐ Presión – búsqueda o aversión
- ☐ Sabor – guantes, pasta dental, fluoruro

OTRAS COSAS QUE PUEDAS NECESITAR SABER SOBRE MI

(Por favor, utilize este espacio para cualquier información adicional)

Missouri Coalition for Oral Health

www.oralhealthmissouri.org

Este proyecto cuenta con el apoyo de un acuerdo con el Consejo de Discapacidades del Desarrollo de Missouri. El financiamiento para la Teleodontología es proporcionado en parte por el Consejo de Discapacidades del Desarrollo de Missouri (MODDC), subvención 2101MOSCDD-01, según lo autoriza la Ley Pública 106-402, Ley de Asistencia para Discapacidades del Desarrollo y Ley de Derechos de 2000 (Ley DD).

©2022