MI **PASAPORTE** DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Para los usuarios: Este pasaporte es único para usted. Llene toda la información que considere importante.

Puede encontrar la Guía del usuario del pasaporte aquí.

Para mi equipo odontológico: Esta es una lectura clave para todo el personal que trabaja conmigo. Brinda información importante sobre cómo puedo recibir apoyo cuando visite su clínica. Este pasaporte debe mantenerse visible y usarse cuando hablen conmigo o tengan una pregunta sobre mí.

Escanee el código QR para obtener más información.

Puede encontrar la Guía del usuario del Pasaporte del equipo odontológico aquí.

SOBRE MÍ

Mi nombre es:
Me gusta que me llamen:

Mi pronombre preferido es:
☐ Él ☐ Ella ☐ Elle ☐ No aparece en la lista _____

Soy mi propio tutor:
☐ Sí ☐ No

Marque la casilla correspondiente:
☐ Yo mismo completé este formulario.
☐ Completé este formulario con la ayuda de otra persona.

Esta es la mejor persona a contactar para obtener más información sobre mí:

Nombre:
Teléfono:
Correo electrónico:

¿Qué tipo de discapacidad tengo?
Enumere todas las discapacidades a continuación.

Lo más importante que quiero que el equipo odontológico sepa sobre mí es:

La mayoría de los días, me describiría como:
Marque todo lo que corresponda.

☐ Feliz ☐ Callado ☐ Nervioso ☐ Somnoliento

☐ Ruidoso ☐ Enojado ☐ Otro:_____

Mis intereses son:
Comparta sus pasatiempos o intereses para que su equipo odontológico pueda conocerlo mejor.

COMUNICACIÓN Y COMPORTAMIENTO

Formas en las que prefiero comunicarme con las personas:
Marque todo lo que corresponda.

☐ Háblenme directamente, incluso si llevo a alguien conmigo.

☐ Utilicen un lenguaje sencillo.

☐ Denme tiempo para procesar las preguntas.

☐ Tengo un trastorno del habla y puedo tener dificultades para entenderles.

☐ Se necesita tiempo para formar mis palabras, así que, por favor, tengan paciencia.

☐ No hablo, pero me estoy comunicando con ustedes de otras maneras.

☐ Otro: _____

Me comunico mediante:
Por ejemplo: habla, lenguaje preferido, lenguaje de señas, dispositivos o asistentes de comunicación, imágenes, sonidos no hablados. Indique si necesita tiempo adicional o apoyo.

Estas son las formas en que comunico algunas cosas:

Sí; Bien; Entiendo: _____

No; No entiendo: _____

Preocupado; asustado: _____

Enojado; frustrado: _____

Otro: _____

Aquí hay señales visuales o vocales que será útil saber sobre mí:

Consejo: Cree una señal de pausa.
Si necesita que el equipo dental haga una pausa en lo que está haciendo en cualquier momento durante una visita, usted y su equipo dental pueden acordar una señal de pausa antes de comenzar.

MOVILIDAD

Utilizo estos recursos como ayuda para moverme:

Puedo subirme al sillón del dentista por mi cuenta:

☐ Sí. ☐ No. ☐ Otro: _____

Usted puede ayudarme a moverme de la siguiente manera:
Por ejemplo: ayudándome a sentarme en el sillón de dentista, dándome espacio adicional para moverme, quitando los cables del suelo donde se pueda.

SENSIBILIDADES

Hay algunas cosas en el consultorio odontológico que no se pueden quitar. Sin embargo, hay cosas que usted y el consultorio odontológico pueden hacer para ayudar a que su visita al dentista sea más relajante. Agregue a continuación cualquier información sobre lo que lo hace sentir molesto o relajado en el consultorio odontológico.

Estas son algunas cosas que pueden molestarme:
Marque todo lo que corresponda. Describa sus necesidades.

☐ Olfato: _____
Por ejemplo: consultorio odontológico, perfume.

☐ Sonidos:_____
Por ejemplo: teléfonos, taladro, voces, reloj.

☐ Vista: _____
Por ejemplo: luces (de techo, luz del dentista), espejos.

☐ Posiciones: _____
Por ejemplo: inclinación de la silla, estar “quieto”.

☐ Cercanía: _____
Por ejemplo: personas, objetos.

☐ Tacto o temperatura:_____
Por ejemplo: guantes, aire, gasa, agua, succión, herramientas, habitación, temperatura del agua.

☐ Textura: _____
Por ejemplo: gasa, algodón, metal.

☐ Presión: _____
Por ejemplo: búsqueda, aversión.

☐ Gusto: _____
Por ejemplo: guantes, pasta de dientes, sabores.

☐ Otro: _____

Estas son algunas cosas que pueden ayudarme a relajarme:
Marque todo lo que corresponda. Describa sus necesidades.

☐ Sonidos: _____
Por ejemplo: auriculares para bloquear el ruido, reproducir ruido blanco, reproducir mi música favorita, evitar áreas concurridas como la sala de espera.

☐ Vista: _____
Por ejemplo: atenuar o apagar las luces del techo cuando sea posible, cubiertas para los ojos para bloquear la luz y las actividades.

☐ Cercanía: _____
Por ejemplo: antes de acercarse a mí, dígame que lo hará, deme descansos respecto de la cercanía.

☐ Tacto, temperatura, textura: _____
Por ejemplo: déjeme ver los objetos antes de empezar; antes de que ocurra un nuevo contacto físico, dígamelo; temperatura o textura.

☐ Presión: _____
Por ejemplo: usar una manta con peso que me ayude a sentirme cómodo.

☐ Gusto: _____
Por ejemplo: antes de que haya un nuevo sabor, dígamelo; evitar un determinado sabor si es posible.

☐ Sensación de seguridad: _____
Por ejemplo: tener un objeto que me ayude a relajarme o sentirme seguro, como un fidget spinner o una manta de seguridad.

☐ Otro: _____

Estas son las cosas que necesito para sentirme cómodo en un sillón de dentista:
Marque todo lo que corresponda.
Apoyo para: ☐ Cuello ☐ Espalda ☐ Brazos ☐ Rodillas ☐ Pies

☐ Una manta con peso.

☐ Apoyo de estabilización para los espasmos.

☐ Envoltura de seguridad para estabilización del apoyo.

☐ Estabilización de la cabeza.

EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA

Mi mejor visita al consultorio odontológico fue cuando:
Comparta las cosas que SÍ funcionaron bien.

Mi peor visita al consultorio odontológico fue cuando:
Comparta cosas que NO funcionaron bien.

Estas son las cosas que a veces hago y que pueden resultarle difíciles en el consultorio odontológico:
Por ejemplo: movimientos de las extremidades que pueden golpearle la mano al sostener una herramienta odontológica.

En el pasado, tomaba medicamentos para mantener la calma durante la atención odontológica.

A esto se le suele llamar sedación. Por ejemplo: gas nitroso, píldoras para ayudar a mantener la calma, sedación intravenosa, anestesia general en un hospital, etc.

☐ Sí. ☐ No.

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

Este medicamento facilitó mi visita al dentista.

☐ Sí. ☐ No.

OTRAS COSAS QUE DEBE SABER SOBRE MÍ

Utilice este espacio para brindar cualquier información adicional que desee que el equipo dental sepa.

ANTECEDENTES MÉDICOS

El equipo odontológico le preguntará detalladamente sobre sus antecedentes médicos. Por su seguridad, es importante conocer su salud física y mental. Se le preguntará acerca de sus antecedentes médicos cada vez que visite al dentista.

Si le resulta útil, utilice el espacio a continuación para llevar un registro personal de sus antecedentes médicos. Esto puede serle útil cuando complete formularios de salud en el futuro.

Mis antecedentes médicos:
Incluye todas las afecciones médicas, como diabetes, epilepsia, asma, problemas cardíacos, depresión, así como enfermedades o cirugías graves pasadas y otros problemas médicos.

Enumere todos los medicamentos recetados y no recetados:

Para uso dentro de Kansas: Por favor, use el avalado por el estado ***'mi pasaporte de atención odontológica'.***

Para uso afuera de Kansas: Por favor, modifique el documento para adaptarlo a las necesidades de su propia comunidad y organización, si es necesario.

'mi pasaporte de atención odontológica' tercera edición (2025), fue creado por el equipo 'caminos hacia la salud bucal' dirigido por Oral Health Kansas. Las ediciones subsiguiente fueron hecho por:_____