

# Mi pasaporte de atención dental



**Usuario:** este pasaporte es exclusivo para usted. Complete toda la información que considere importante.

**Mi dentista o proveedor de atención médica:** es esencial que todo el personal que trabaje conmigo lea este pasaporte. Contiene información importante sobre cómo pueden asistirme al visitar su clínica. El pasaporte debe estar a la vista y usarse cuando me hable o si tiene preguntas sobre mí.

## Marque la casilla que corresponda:

Yo completé este formulario.

Completé este formulario con la ayuda de otra persona.

## Este formulario se completó con la ayuda de esta persona:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:



## ACERCA DE MÍ

### Este es mi nombre:

Así me gusta que me llamen:

Apodo (si tiene uno).

**Soy:** Masculino    Femenino    Hombre transgénero    Mujer transgénero  
Variante/no conforme    No enumerado \_\_\_\_\_

### Este es mi pronombre de preferencia:

Él    Ella    Ellos    Elle    No enumerado \_\_\_\_\_    Sin preferencia

### Aquí vivo actualmente:

Por ejemplo: en un centro de vida asistida; en mi hogar; en el hogar de mi familia.

**Tipos de discapacidades que tengo:**

Primarias:

Secundarias:

**Deben comunicarse con esta persona para obtener más información acerca de mí o si necesito ayuda:**

Nombre:

Rol:

Número de teléfono de contacto:

**Otros profesionales de salud a quienes puede ser útil contactar:**

Escriba el nombre, el rol y el número de teléfono de contacto.



# ANTECEDENTES MÉDICOS

El equipo dental le preguntará más acerca de esto al momento de la consulta. Para que cuidemos de usted de manera segura, es importante conocer aspectos de su salud mental y física. Se le preguntará sobre sus antecedentes de salud cada vez que consulte con el dentista. Esto incluirá cualquier modificación en los medicamentos que toma.

## **Mis breves antecedentes médicos:**

Incluya otras afecciones como discapacidad de la vista, discapacidad auditiva, diabetes, epilepsia, asma, depresión y enfermedades o cirugías pasadas serias, y otros problemas médicos.

## **Estos son los medicamentos que tomo actualmente y la forma en que me ayudan:**

Enumere todos los medicamentos con receta y sin receta.



# ANTECEDENTES DENTALES

## **Mi última consulta en un consultorio dental fue en este momento:**

Marque una opción.

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

**La última vez que consulté con un dentista, el equipo dental comprendió mi persona y mis necesidades específicas.**      SÍ      NO

Explique:

**Cuando recibí atención dental en el pasado, ¿necesité ayuda para mantener la calma?**

SÍ      NO

Explique:

**¿La ayuda incluyó recibir medicamentos antes de la consulta dental o durante su transcurso?**

Esto a menudo se llama sedación. Por ejemplo: óxido nitroso/gas, píldoras para ayudarle a mantener la calma, sedación intravenosa (IV), anestesia general en un hospital.      SÍ      NO  
Si respondió "sí", describa qué medicamento se utilizó, si lo conoce.

**Este medicamento hizo que la consulta dental me fuese más fácil.**      SÍ      NO



**Uso dentaduras postizas.** Dientes postizos que me pongo y luego saco.      SÍ      NO

**Me cuesta cuidarme los dientes.**      SÍ      NO

Si respondió "sí", explique:

**Esto es lo que necesito para que la silla dental me sea cómoda:**

Marque todo lo que corresponda.

Soporte para    el cuello    la espalda    los brazos    las rodillas    los pies

Sentarme en una silla dental (no tolero la posición reclinada).

Correa de seguridad para mantener la estabilidad.

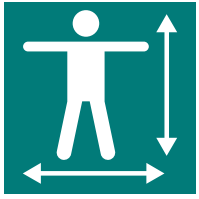
Una manta con peso.

Soporte para estabilidad debido a espasmos.

**Me desempeño mejor cuando el personal dental me brinda atención de esta manera:**

desde atrás    en frente de mí    no es importante

**Si comienzo a ahogarme, así puede ayudarme:**

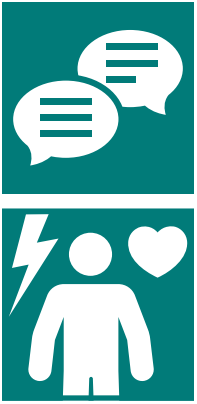


# MOVILIDAD

**Esto es lo que utilizo para ayudar a moverme:**

**Puede ayudar a moverme de la siguiente manera:**

Por ejemplo: ayuda para sentarse en la silla dental; ayuda para ir al baño.



# COMUNICACIÓN Y CONDUCTA

## **Formas en las que prefiero comunicarme con las personas:**

Marque todo lo que corresponda.

Hábleme directamente.

Deme tiempo para procesar las preguntas.

Tengo una discapacidad del habla y puede ser difícil entenderme.

Me lleva tiempo formar palabras, así que tenga paciencia.

Otra: \_\_\_\_\_

## **Me comunico a través de lo siguiente:**

Por ejemplo: habla, idioma preferido, lengua de señas, dispositivos de comunicación o ayuda comunicativa, fotos, sonidos no verbales. Además, indique si necesita tiempo/ayuda adicional.

## **A continuación encontrará pistas verbales o visuales acerca de mí que le servirán:**

## **De esta manera comunico algunas expresiones:**

Preocupación; miedo; enojo:

"Sí"; "de acuerdo"; "entiendo":

"No"; "no entiendo":

Otra: \_\_\_\_\_



### **En la mayoría de los días, me describiría así:**

Marque todo lo que corresponda.

Feliz

Callado

Nervioso

Otro:

Somnoliento

Ruidoso

Enojado

### **A veces hago estas cosas, que pueden ser difíciles o peligrosas:**

Por ejemplo: movimientos del brazo que pueden provocar que se golpee la mano mientras sostiene un instrumento dental.

### **Esto es lo que me ayuda a relajarme:**

Marque todo lo que corresponda.

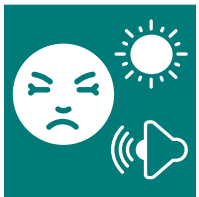
Auriculares para bloquear el ruido.

Cubreejos para tapar la luz y las actividades.

Un objeto que me ayude a sentir relajación/seguridad.

Por ejemplo: juguete antiestrés, manta de seguridad.

Otro: \_\_\_\_\_



# **SENSIBILIDADES**

### **Estos son algunos factores que pueden molestarme:**

Marque todo lo que corresponda.

Olores: consultorio, perfume, colonia

Sonidos: música, torno, teléfonos, voces, reloj

Vista: luces, brazos sobre la cabeza, espejos, instrumentos brillantes

Posiciones: altura e inclinación de la silla, estar "quieto", acostarse boca arriba

Cercanía: personas, agua, luz, máquina de radiografías

Tacto/temperatura: guantes, aire, gasa, agua, succión, temperatura del agua/ambiente, cepillado de dientes

Texturas: pasta dental, gasa, algodón, metal

Presión: indagación o aversión

Sabores: guantes, pasta dental, flúor

# OTRAS PECULIARIDADES SOBRE MÍ QUE QUIZÁS NECESITE SABER

## **Estos son mis pasatiempos e intereses:**

Mencione cualquier pasatiempo o interés.

**Use este espacio para añadir cualquier otra información.**

---

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

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

Para acceder el documento maestro para otro estado, por favor vaya al: [www.oralhealthkansas.org/Consumer.html](http://www.oralhealthkansas.org/Consumer.html).

Asegúrese de mantener el siguiente reconocimiento en el documento:

'Mi pasaporte de atención dental' segunda edición (2023), fue creado por el equipo 'camino hacia la salud bucal' dirigido por Oral Health Kansas. Las ediciones subsiguientes fueron hechas por: \_\_\_\_\_