



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Gracias por elegir nuestra oficina para su tratamiento dental. Trabajaremos con usted para ayudarlo a lograr una excelente salud bucal. Si bien reconoce los beneficios de una sonrisa agradable y dientes que funcionan bien, debe tener en cuenta que el tratamiento dental, como el tratamiento de cualquier otra parte del cuerpo, tiene algunos riesgos inherentes. Es raro que estos riesgos sean lo suficientemente grandes como para compensar los beneficios del tratamiento, pero deben considerarse al tomar decisiones sobre su tratamiento.

Beneficios del tratamiento dental pueden incluir el alivio del dolor, la capacidad para masticar bien, y la confianza ya la interacción social que puede aportar una sonrisa agradable. En todo caso, existen riesgos comunes con prácticamente cualquier procedimiento dental, incluyendo:

- Reacción química o de drogas – los materiales y medicamentos dentales pueden desencadenar reacciones alérgicas o de sensibilidad.
- Entumecimiento a largo plazo (paresia) – el anestésico local o la administración de anestésicos, aunque casi siempre son adecuados para permitir un tratamiento cómodo, o en casos raros, entumecimiento permanente.
- Sensibilidad muscular o articular – mantener la boca abierta puede provocar sensibilidad articular muscular o mandibular, o en un paciente predispuesto, puede llevar a un trastorno de la ATM.
- Sensibilidad en los dientes o las encías, infección o sangrado.
- Tragar o inhalar objetos pequeños.

Nosotros seguimos las pautas de procedimiento, lo que generalmente conduce al éxito clínico. Por más que, como en cualquier otra búsqueda en el cuidado de la salud, no todo resulta como ésta planeado. Haremos nuestro mejor esfuerzo para asegurar que lo haga. No dude en hacer preguntas sobre todos los procedimientos dentales que se la recomiendan.

He leído y entiendo la declaración en esta página y doy mi consentimiento para el tratamiento dental que he aceptado.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Relación con el paciente:** _____



BENEFICIOS DE SEGUROS Y LOS PAGOS DE SEGUROS

Por favor recordar que su política del seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Como cortesía, le solicitaremos un reembolso a su compañía de seguro y lo ayudaremos a utilizar su beneficio máximo permitido por su plan de seguro. Hemos aprendido que los pacientes que están involucrados en el proceso de reclamaciones tienen más éxito al recibir servicios de pago oportunos y precisos de su compañía de seguro. Esperamos que los pacientes sean interactivos y responsables de comunicarse con su compañía de seguro en cualquier reclamación no pagada. **Iniciales:** _____

Es su responsabilidad proporcionar toda la información necesaria sobre la elegibilidad, identificación, autorización y referencia del seguro, y notificar a nuestra oficina cualquier cambio en la información cuando ocurra. La aprobación de los servicios no garantiza el pago de su compañía de seguro. Requerimos una identificación con foto al aceptar información de seguro. Es responsabilidad del paciente saber si nuestra oficina participa o no en su plan de seguro. El no proporcionar toda la información requerida puede requerir el pago del paciente por todos los cargos. Cuando se trata de un seguro, estamos obligados por contrato a cobrar los copagos, coseguros y deducibles, tal como lo describe su compañía de seguro. **Iniciales:** _____

Tenga en cuenta que las compañías de seguros no participantes a menudo prohíben la asignación de beneficios y pueden intentar limitar su responsabilidad financiera con límites arbitrarios, exclusiones o reducciones, como razonables y habituales. Nuestros cargos se encuentran dentro de estos rangos, y aunque le ayudaremos a presentar una apelación si se imponen estas limitaciones, usted, como garante, es responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro. Si no estamos contratados con su operador, no negociaremos tarifas reducidas con su compañía de seguro. **Iniciales:** _____

Formularios diversos, información adicional y autorizaciones

Le proporcionaremos toda la información necesaria a su seguro para que sus beneficios sean liberados. Sin embargo, si es necesario enviar la información adicional solicitada por su compañía de seguro para finalizar un reclamo pendiente y falta su cooperación, cerramos el reclamo por nuestra parte y le cobraremos el saldo pendiente del seguro por ese reclamo. Nos reservamos el derecho de cobrarle una tarifa administrativa si usted nos solicita volver a abrir y presentar una reclamación nuevamente por usted. **Iniciales:** _____

CANCELACIÓN DE LAS CITAS

Si usted no puede venir para su cita reservada, la oficina requiere un aviso de cancelación de cuarenta y ocho (48) horas antes de la cita reservada. Cuando nuestro tiempo se pierde para citas no productivas, nos vemos obligados a aumentar nuestras tarifas para seguir siendo rentables. Si no puede proporcionar el aviso de cuarenta y ocho (48) horas para la cancelación, se puede solicitar el pago anticipado para futuras citas. **Iniciales:** _____

CITAS FALLIDAS

Las citas perdidas ocurren de vez en cuando. Nos reservamos nuestro tiempo específicamente para usted. Sus necesidades dentales determinan la cantidad de tiempo que programamos para brindarle servicios dentales de alta calidad. Después de una cita perdida, la oficina puede elegir cambiar la relación establecida entre el paciente y el proveedor. Entiendo que llegar tarde a mi cita programada puede hacer que mi cita sea reprogramada para una fecha posterior. **Iniciales:** _____

Firma del paciente/padre/tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ **Relación con el paciente:** _____



CONSENTIMIENTO A MENSAJES DETALLADOS

Por la presente otorgo permiso a la oficina para dejar información detallada sobre mis necesidades de tratamiento y atención dental.

Nombre del paciente: _____ **Relación con el paciente:** _____

Deseo que me llamen al número de teléfono de CASA y / o CELULAR (marque todo lo que corresponda) con respecto a mi tratamiento y mi salud oral.

Los mejores números de teléfono para contactarme son:

CASA: _____ CELULAR: _____

Yo doy / Yo no doy mi permiso para dejar información relevante en mi servicio de mensajes, contestador automático o correo de voz.

Yo doy / Yo no doy mi permiso para compartir información con la persona que puede contestar el teléfono.

El nombre / los nombres y su relación con usted con quien usted nos da permiso para dejar la información pertinente se escriben a continuación:

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Es su responsabilidad avisar a la oficina de cualquier cambio relacionado con esta lista por escrito. Si no se actualizan los nombres de los contactos, se puede compartir información personal sin saberlo.

Firma del paciente/padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Relación con el paciente:** _____



CONSENTIMIENTO FOTOGRÁFICO (Opcional)

Autorizo el uso y divulgación de mi nombre, imágenes fotográficas, imágenes de video y / o testimoniales con fines de mercadeo por **All Smiles Family Dental, PLLC** y / o por **Kelbin Rodriguez, DDS** o **Tanya Felton, DMD**. Entiendo que esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y es posible que las regulaciones de privacidad de HIPAA ya no se apliquen si elijo divulgar esta información. Estas imágenes y / o testimonios pueden usarse para los siguientes fines: portafolio profesional, alumnos de educación, plataformas de redes sociales, marketing y publicidad.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Esta revocación debe ser por escrito y recibida por la práctica a través de correo certificado. Si elijo revocar esta autorización en el futuro, no será retroactiva. Esta autorización vence 99 años después de la fecha de la firma.

- Me gustaría una copia de este formulario Sí No
(Copia proporcionada por _____)
Iniciales de empleados

Firma del paciente/padre/tudor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Relación con el paciente:** _____

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

* Usted puede negarse a firmar este reconocimiento *

He recibido una copia del AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD de la oficina. Reconozco que la oficina tiene el derecho de cambiar de vez en cuando su AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD, y que puedo comunicarme con esta organización en cualquier momento en la dirección a continuación para obtener una copia actual del AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD. Entiendo que puedo solicitar por escrito que la oficina restrinja la forma en que se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También entiendo que la oficina no está obligada a aceptar mis solicitudes de restricción; Si la oficina está de acuerdo con mis solicitudes, la oficina estará obligada a cumplir con dichas restricciones.

Firma del paciente/padre/tudor: _____ **Fecha:** _____

Nombre del paciente: _____ **Relación con el paciente:** _____