

Acuerdos/Consentimientos de Pacientes Nuevos

Acuerdo HIPAA:

REGLA ÓMNIBUS DE HIPAA: RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE DE LA RECEPCIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO / FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN LIMITADA

Usted puede negarse a firmar este reconocimiento y autorización. Al negarnos, es posible que no se nos permita procesar sus reclamos de seguro.

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de prácticas de privacidad actualmente vigente para este centro de atención médica. Una copia de este documento firmado y fechado será tan efectiva como el original.

MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO UNA LIBERACIÓN DE DOCUMENTOS PHI EN CASO DE QUE SOLICITE TRATAMIENTO O RADIOGRAFÍAS ENVIADAS A OTROS MÉDICOS / INSTALACIONES TRATANTES EN EL FUTURO.

Nombre del paciente _____ Fecha: _____
Firme para el paciente / tutor del paciente _____

Representante Legal / Tutor _____ Relación del Representante Legal / Tutor _____

¿CÓMO DESEA QUE SE LE DIRIJA CUANDO SEA CONVOCADO DESDE EL ÁREA DE RECEPCIÓN?

Sólo nombre Nombre propio del señor Otro: _____

ENUMERE CUALQUIER OTRA PARTE QUE PUEDA TENER ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD:

(Esto incluye padrastrs, abuelos y cualquier cuidador que pueda tener acceso a los registros de este paciente):

Nombre: _____ Relación: _____

AUTORIZO AL CONTACTO DE ESTA OFICINA PARA CONFIRMAR MIS CITAS, TRATAMIENTO E INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN A TRAVÉS DE:

Teléfono celular Mensaje de texto Teléfono residencial Correo electrónico Teléfono del trabajo
 Cualquiera de los anteriores

AUTORIZO QUE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD SE TRANSMITA A TRAVÉS DE:

Teléfono celular Mensaje de texto Teléfono residencial Correo electrónico Teléfono del trabajo
 Cualquiera de los anteriores

APRUEBO QUE ME CONTACTEN SOBRE SERVICIOS ESPECIALES, EVENTOS, ESFUERZOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS o NUEVA INFORMACIÓN DE SALUD en nombre de este centro de atención médica a través de:

Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico **Cualquiera de los anteriores**
 Ninguna de las anteriores (optar por no participar)

Al firmar este Formulario de Reconocimiento del Paciente de HIPAA, usted reconoce y autoriza que esta oficina puede recomendar productos o servicios para promover su mejor salud. Esta oficina puede o no recibir remuneración de terceros de estas compañías afiliadas. Nosotros, bajo la actual Regla Ómnibus de HIPAA, le proporcionamos esta información con su conocimiento y consentimiento.



CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL:

1. TRABAJO POR HACER

Entiendo que estoy haciendo el siguiente trabajo:

- Empastes puentes coronas extracciones dientes impactados extraídos anestesia general conducto radicular limpieza
 otros: _____

2. DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen, la más común es la terapia de conducto radicular después de los procedimientos restaurativos de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer cualquier / todos los cambios y adiciones según sea necesario.

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Se me han explicado alternativas a la eliminación (terapia de conducto radicular, coronas y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista a eliminar los siguientes dientes _____ y cualquier otro necesario por razones en el párrafo # 3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre elimina toda la infección, si está presente, y puede ser necesario recibir un tratamiento adicional. Entiendo los riesgos involucrados en la extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de infecciones, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en los dientes, los labios, la lengua y el tejido circundante (parestesia) que puede durar un período indefinido (días o meses) o fractura de mandíbula. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso hospitalizado si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

5. CORONA, PUENTES Y GORRAS

Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que puedo estar usando coronas temporales, que pueden desprenderse fácilmente y que debo tener cuidado de asegurarme de que se mantengan puestas hasta que se entreguen las coronas permanentes. Me doy cuenta de que la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva corona, puente o tapa (incluida la forma, el ajuste, el tamaño y el color) será antes de la cementación.

6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Me doy cuenta de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y / o porcelana. Se me han explicado los problemas de usar estos aparatos, incluyendo holgura, dolor y posible rotura. Me doy cuenta de que la última oportunidad de hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo forma, ajuste, tamaño, colocación y color) será la visita de prueba de "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren revestir aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en la tarifa inicial de la dentadura.

7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (ENDODONCIA)

Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salve mi diente y que puedan ocurrir complicaciones del tratamiento, y que ocasionalmente los objetos metálicos se cementan en el diente o se extienden a través de la raíz, lo que no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que ocasionalmente pueden ser necesarios procedimientos quirúrgicos adicionales después del tratamiento del conducto radicular (apicectomía)

8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una afección grave que causa infección o pérdida de encías y huesos y que puede llevar a la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos que incluyen cirugía de encías, reemplazos y / o extracciones. Entiendo que realizar cualquier procedimiento dental puede tener un efecto adverso futuro en mi condición periodontal.

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales de buena reputación no pueden garantizar resultados. Reconozco que nadie me ha hecho ninguna garantía o seguridad con respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado para mí o mi hijo menor de edad. He tenido plena oportunidad de discutir y hacer preguntas sobre el tratamiento dental, y todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el paciente: _____



DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA:

Le agradecemos por elegir Waukesha Dental Solutions para su cuidado dental. Esperamos satisfacer todas sus necesidades dentales e invitamos a cualquier pregunta o inquietud.

Nuestra oficina acepta múltiples planes de seguro, y haremos todo lo posible para ayudarlo a maximizar su plan. Sin embargo, es **su responsabilidad verificar su cobertura de seguro y cualquier cosa no cubierta por su seguro será** su responsabilidad. Por favor traiga su tarjeta de seguro a todas sus citas. Es de suma importancia que tengamos información actualizada sobre todos nuestros pacientes. Todos los cargos no cubiertos por el seguro, copagos y deducibles vencen al momento del servicio.

Las compañías de seguros deben pagar su parte o negar las reclamaciones dentro de los 30 días posteriores al día del reclamo. Si nuestra oficina no recibe ni el pago ni la denegación en nombre de su reclamo, le pedimos que nos ayude a resolver el problema y lo haga responsable de los cargos hasta que se resuelva. **Cualquier saldo impago se convierte en su responsabilidad.**

Se espera que los pacientes que no tienen seguro dental paguen en su totalidad en el momento del servicio. Si la tarifa por el tratamiento no es asequible, le pedimos que haga arreglos financieros **ANTES** del tratamiento.

Al programar citas, preste especial atención al tiempo, ya que ese tiempo está reservado especialmente para usted. Cuando no se puede mantener una cita, nuestra oficina requiere un aviso de 48 horas y se reserva el derecho de cobrar por una cita cancelada y, si no, se notifica, un cargo por cita fallida. Los pacientes que faltan a 2 citas consecutivas pueden ser despedidos.

Nuestras políticas están diseñadas para ser justas y equitativas para todos los pacientes que se presentan para recibir atención. Si hay alguna circunstancia inusual, necesitamos saberlo. Siéntase libre de discutir los servicios, tarifas o cualquier necesidad especial con nosotros antes del tratamiento. Su cuidado es lo más importante para nosotros, y esperamos mantener una buena comunicación entre nuestra familia y la suya.

He leído y entiendo lo anterior y acepto los términos de la política.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el paciente: _____

ACUERDO DE NOMBRAMIENTO:

Bienvenido a nuestra práctica. Nos sentimos honrados de que nos haya seleccionado para sus necesidades y deseos dentales.

Estamos comprometidos a brindar un servicio de calidad a todos nuestros pacientes.

Creemos que un aspecto importante de brindar atención dental excepcional es el compromiso de nuestros pacientes con nuestra práctica también. Por lo tanto, le solicitamos que cumpla con su cita reservada según lo programado. Si tiene que cambiar su cita por cualquier motivo, le pedimos que nos avise con 48 horas hábiles de anticipación.

Debido a que las citas perdidas aumentan el costo de la atención médica para todos, si pierde dos citas en las que NO se da un aviso de 48 horas, es posible que deba pagar un depósito antes de reservar su próxima cita. La tarifa de depósito se aplicaría a cualquier tratamiento prestado, o se perdería si la cita reservada se pierde o cancela sin dar el aviso requerido de 48 horas. Agradecemos su comprensión en este asunto.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el paciente: _____



SITIO WEB Y COMUNICADO DE REDES SOCIALES:

Yo, el abajo firmante, concedo permiso a Waukesha Dental Solutions para publicar mi historia, foto u otro artículo en lo sucesivo denominado "Materiales", envío a y para el sitio web de Waukesha Dental Solutions, cuenta de Instagram y cuenta de Facebook. Por la presente, lo libero a usted, su representante, empleados, gerentes, miembros, funcionarios, compañías matrices, subsidiarias y directores, de todos los reclamos y demandas que surjan o estén relacionados con cualquier uso de dichos "Materiales", incluidos, entre otros, todos los reclamos por invasión de privacidad, infracción de mi derecho de publicidad, difamación y cualquier otro derecho personal y / o de propiedad. Reconozco y acepto que no se me adeudará ninguna suma como resultado del uso y / o explotación de los "Materiales" o cualquier derecho sobre los mismos.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Reconozco que mi hijo es menor de 18 años y carece de la capacidad legal para celebrar acuerdos vinculantes. En consecuencia, he leído este comunicado y doy mi consentimiento para que mi hijo sea incluido en los "Materiales" no impugnará los derechos otorgados en este comunicado, y lo ayudaré y apoyaré en todos y cada uno de los procedimientos legales para la afirmación de este acuerdo, en caso de que elija que un tribunal de justicia confirme este acuerdo.

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Firma del padre del tutor legal: _____

