

## Nuevo Formato de Consentimiento de Paciente (Miembros de Align Senior Care)

**Enable Dental** se está asociando con **Align Senior Care** para proporcionar cuidados dentales en persona en la comodidad de la residencia personal o comunidad de los miembros de Align Senior Care.

Los miembros de Align Senior Care son elegibles para servicios preventivos cubiertos al 100% ¡dos veces al año! Los servicios preventivos incluyen: examen dental, rayos-x, limpieza (profilaxis), y cuotas de visita a domicilio con \$0 de copago.

Enable Dental proporciona un conjunto de servicios completos incluyendo exámenes dentales, rayos-x de baja dosis, limpiezas (profilaxis), tratamientos de fluoruro, empastes, extracciones, coronas, parciales, prótesis o dentaduras postizas, y mucho más.

### LA PRIMER VISITA Y QUÉ ESPERAR

Un nuevo paciente recibirá un examen dental que comprende una prueba de cáncer oral, rayos x, y limpieza (profilaxis). Se proporcionará un resumen de visita después de la cita, que incluye recomendaciones de tratamiento (si aplica) de nuestros dentistas certificados.

Cualquier recomendación de tratamiento será comunicada y enviada por correo electrónico/correo al paciente o a el poder notarial, para su aprobación, previo a la agenda de los tratamientos y procedimientos de seguimiento.

### COSTOS

Los servicios preventivos se encuentran cubiertos al 100% por su plan de salud de Align Senior Care, dos veces al año. Esto incluye exámenes dentales, rayos-x, limpiezas (profilaxis), y cuotas de visitas a domicilio.

Cualquier tratamiento dental recomendado, fuera de los servicios preventivos cubiertos, no se encuentra cubierto por el plan de salud de Align Senior Care en este momento. Los procedimientos de tratamiento no cubiertos por el plan de salud de Align Senior Care incluyen empastes, coronas, extracciones, prótesis o dentaduras postizas, y otros procedimientos dentales. Es su responsabilidad pagar el costo completo de sus servicios de tratamiento si elige continuar y completar cualquier tipo de tratamiento dental con Enable Dental. Sin embargo, los miembros de Align Senior Care recibirán procedimientos de tratamiento con un descuento especial.

Para mayor información acerca de un procedimiento o servicio en particular, por favor comuníquese a [info@enabledental.com](mailto:info@enabledental.com) o al (866) 988-4504.

### NIVEL DE SELECCIONES DE CUIDADO Y FRECUENCIA

Exámenes	Los exámenes se realizan cada 6 meses a menos de que se solicite lo contrario.
Rayos-X de Baja Dosis	Se requieren rayos-x de baja dosis para todos los pacientes nuevos, sin excepciones. Los rayos-x se toman cada 6 meses.
Limpiezas (Profilaxis)	Una profilaxis dental realizada por un dentista o higienista dental incluye remoción de sarro y pulido para remover placa coronal, caries y manchas. Programamos automáticamente las limpiezas cada 6 meses si esta casilla se deja en blanco. <input type="radio"/> Cada 6 meses <input type="radio"/> Sin limpiezas
Fluoruro Opcional	<input type="checkbox"/> Coloque su inicial aquí si desea contar con los servicios de fluoruro (\$41.25). Deseo que el paciente reciba tratamiento de fluoruro. Comprendo que el tratamiento de fluoruro no se encuentra cubierto por el plan de salud de Align Senior Care, y que yo soy responsable de pagar el costo total de los tratamientos completos de fluoruro de \$41.25. Los tratamientos de fluoruro son recomendados por la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association) y ayudan a detener el deterioro de los dientes.
¿Emergencia Dental?	<input type="checkbox"/> Marque la casilla si el paciente tiene una emergencia dental que no afecta su salud general, y especifíquela abajo: <input type="radio"/> Diente roto <input type="radio"/> Dentadura rota/perdida <input type="radio"/> Dolor/inflamación severa <input type="radio"/> Otro: _____

### INFORMACIÓN DE PACIENTE

La persona que llena este formato es:  El Paciente     El Poder Notarial

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Género:  Masculino     Femenino    Idioma Preferido:  Inglés     Español     Otro \_\_\_\_\_

Teléfono de Paciente \_\_\_\_\_ Email de Paciente \_\_\_\_\_

El paciente actualmente reside en:  Vida Asistida     Cuidado de la Memoria     Locación con Enfermería Capacitada

Nombre de la Comunidad (aclarar propiedad, si es una comunidad con múltiples locales) \_\_\_\_\_

Ciudad & Estado de la Comunidad \_\_\_\_\_ Cuarto # \_\_\_\_\_

**PODER NOTARIAL MÉDICO (SI APLICA)**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (Móvil) \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

**PODER NOTARIAL FINANCIERO (SI APLICA Y ES DISTINTO A LO MENCIONADO ANTERIORMENTE)**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (Móvil) \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE (MARQUE SI EL PACIENTE LO HA TENIDO, LO TUVO ALGUNA VEZ O LO TIENE)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias, rinitis alérgica, sinusitis                | <input type="checkbox"/> Glaucoma  | <input type="checkbox"/> Falta de aliento  |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia                                   | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> Problema sinodal  |
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón   | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica  |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Reumatismo                                 | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón  | <input type="checkbox"/> Heridas que sanan lento                                       |
| <input type="checkbox"/> Válvulas de corazón artificial                       | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Válvula de Corazón                               | <input type="checkbox"/> Embolia/derrame cerebral                                      |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales; Fecha de Cirugía: _____ | <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Inflamación de pies o tobillos                                |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Herpes  | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides   |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal con operaciones o cirugía           | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Amigdalitis   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre, problemas de coagulación    | <input type="checkbox"/> Cualquier insuficiencia inmune                                | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Ictericia   | <input type="checkbox"/> Tumor o crecimiento en cabeza/cuello                          |
| <input type="checkbox"/> Dependencia a sustancias químicas                    | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones                                     | <input type="checkbox"/> Úlceras   |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia  | <input type="checkbox"/> Baja presión arterial   | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación                             | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral                                    | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso, inexplicable                                 |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos de cortisona                            | <input type="checkbox"/> Osteoporosis  | <b>Alergias</b>  |
| <input type="checkbox"/> Tos, persistente o con sangre                        | <input type="checkbox"/> Marcapasos  | <input type="checkbox"/> Alergia a la Aspirina   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación (especificar si en cabeza o cuello) | <input type="checkbox"/> Alergia a la Penicilina                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfisema   | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias                                    | <input type="checkbox"/> Alergia al látex  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática  | <input type="checkbox"/> Alergia a las sulfas  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Reacción alérgica a la Novocaína ¿local, o anestesia general? |

Si marcó que "Sí" a cualquiera de las anteriores, por favor descríballo: \_\_\_\_\_

¿El paciente actualmente está tomando anti coagulantes?  Sí  No  No estoy seguro Si "Sí" especifique: \_\_\_\_\_

¿El paciente alguna vez ha tomado medicamento o recibido inyecciones para osteoporosis (bisfosfonatos)?  Sí  No  No estoy seguro

¿El paciente alguna vez ha sido recetado pre-medicamentos para una visita dental?  Sí  No

Enliste cualquier medicación que esté tomando el paciente: \_\_\_\_\_

Enliste cualquier alergia de su conocimiento, que tenga el paciente: \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera / MD: \_\_\_\_\_ Información de Contacto: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DENTAL**

¿El paciente utiliza dentadura postiza (completa o parcial)?  Sí  No

¿Fecha de la última revisión dental? \_\_\_\_\_

Razón principal de la visita dental \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE PLAN DE SALUD DE ALIGN SENIOR CARE

Los miembros de Align Senior Care deben proporcionar una copia de su tarjeta de membresía y una Identificación Expedida por el Gobierno, para ayudar a evitar errores en la facturación a su compañía de seguros. Usted puede hacer esto al anexas copias de la tarjeta de membresía e Identificación a este formato de consentimiento. Por favor mande todos los documentos por Fax al (866) 815-3719 o por email a [info@enabledental.com](mailto:info@enabledental.com).

Nombre de Aseguradora \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_  
Primer Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_

## REVELACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA

- Los servicios Preventivos se encuentran cubiertos en un 100% por el plan de salud de Align Senior Care, dos veces al año.
- Los procedimientos de tratamiento NO se encuentran cubiertos por el plan de salud de Align Senior Care. El paciente o poder notarial será responsable por el costo total de los procedimientos de tratamiento. Se le solicitará proveer consentimiento por escrito para cualquier tratamiento e información de pago (por ej. tarjeta de crédito, o ACH) antes de que se pueda programar cualquier visita de tratamiento.
- Se aplicará una cuota posterior de 5% a cualquier balance sobresaliente que no sea pagado dentro de 30 días de la prestación del servicio.

## AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN

Este consentimiento dental puede ser retirado en cualquier momento. El paciente, poder notarial, o suplente de salud, si existen, autorizan al doctor y al equipo dental de afiliados a Enable Dental el poder revisar los registros médicos existentes, examinar y proveer cuidado dental, si es necesario, al paciente antes nombrado. El paciente, poder notarial, o suplente de salud, si existe, ha leído y comprende en su totalidad el Consentimiento Informativo Dental General, y el Aviso HIPAA de las Prácticas de Privacidad. No se ha realizado ningún tipo de garantía o seguro al paciente, poder notarial, o suplente de salud, si existen, en relación a resultados, se puede obtener. El paciente, poder notarial, o suplente de salud, si existen, autorizan al doctor el proveer de cuidado continuo conforme a la siguiente agenda, hasta que se retire el consentimiento dental. El paciente, poder notarial, o suplente de salud, será notificado de cualquier tratamiento de restauración requerido, basado en los resultados de la examinación. Enable Dental no realizará ningún tipo de tratamiento de restauración sin la aprobación por escrito por parte del paciente/poder notarial.

Al firmar a continuación, usted está reconociendo que:

- Usted es el paciente y toma decisiones financieras y médicas en su totalidad, por usted mismo; O, usted cuenta con un Poder Notarial con completas capacidades de toma de decisiones médicas y legales.
- Usted ha leído y acepta lo contenido en el Consentimiento Informado Dental General. Una copia actualizada del Consentimiento Informado Dental General se puede encontrar en nuestro sitio web para su referencia.
- Usted autoriza a Align Senior Care y a Enable Dental el compartir la información de salud del paciente (condiciones médicas e historial, lista de medicamentos, información de poder notarial, etc) entre ellos, conforme sea necesario.
- Usted da su consentimiento para recibir comunicación electrónica autorizada HIPAA, tales como correo electrónico y mensajes de texto en relación al tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de la salud.
- Teleodontología: Usted otorga su consentimiento para utilizar teleodontologías sincronizados (en vivo mediante chat de video), y no sincronizado (no en vivo). La teleodontología utiliza un asistente dental o higienista dental para recolectar información clínica e información en persona a nombre de un dentista autorizado. Esta información se manda de forma no sincronizada (no en vivo) al dentista autorizado para revisar y proveer recomendaciones. El resultado de este examen se comunica posteriormente al paciente o a el poder notarial. El dentista puede no ver al paciente en-persona. Usted puede solicitar comunicarse en tiempo real con el dentista en relación a estos descubrimientos y resultados dentro de un periodo de 30 días de la consulta.

FIRME AQUÍ → Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Propósito del Consentimiento: Usted proporciona su consentimiento para que nosotros podamos utilizar y divulgar la información de salud protegida del paciente, con el fin de realizar actividades de pago de tratamientos, y operaciones de cuidado de la salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Por favor léalas en <https://enabledental.com/HIPAA>. Usted tiene el derecho de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad, antes de decidir si firmar este Consentimiento. Nuestro Aviso provee de una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago, y operaciones de cuidado de la salud, de los usos y divulgaciones que realizamos de su información de salud protegida, y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad conforme se encuentra descrito en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento, al visitar nuestro sitio web, mandar un correo electrónico a [info@enabledental.com](mailto:info@enabledental.com), o llamando al (866) 988-4504. Usted puede acercarse al Oficial de Privacidad, Ben Tiggelaar, en [ben@enabledental.com](mailto:ben@enabledental.com). Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, proporcionando un aviso por escrito de su revocación enviado a la persona de contacto mencionada arriba.

FIRME AQUÍ → Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DENTAL GENERAL

Nos gustaría que un paciente/poder notarial tenga conocimientos generales de procedimientos dentales. Le pedimos que revise los procedimientos listados, y queremos que sepa que haremos que firme un consentimiento informado, antes de cada procedimiento dental.

1. Rayos x de Baja Dosis: Los rayos X de baja dosis son una herramienta importante que ayuda al dentista a detectar problemas potenciales y enfermedades no visibles a simple vista. Utilizamos escudos protectores y delantales para la seguridad del paciente. Los rayos x de baja dosis se requieren para todos los pacientes nuevos y su registro, y serán tomados cada 6 meses.
2. Drogas y Medicamentos: Los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden ocasionar reacciones alérgicas, ocasionando enrojecimiento, e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).
3. Cambios en el Tratamiento: Durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabajaba en los dientes, que no hayan sido descubiertas durante la examinación. La presencia de desgaste dental, enfermedad de encías, o cualquier infección dental ha mostrado afectar a muchas otras partes del cuerpo, tales como articulaciones y el corazón, así que es importante tratar cualquier infección dental tan pronto como sea posible.
4. Anestesia Local: La anestesia local puede afectar su cuerpo como mareos, náuseas, vómitos, ritmo cardíaco acelerado, ritmo cardíaco bajo, o diversas reacciones alérgicas que puedan llegar a requerir hospitalización. La lesión a los nervios puede ocasionar dolor, adormecimiento, o comezón o cosquillas en la barbilla, labio, mejilla, encías, o lengua, y se puede encontrar presente por semanas, meses y rara vez es permanente.
5. Empastes: En algunos casos, se puede llegar a requerir una restauración más extensiva de la que se había planeado originalmente, debido a las condiciones adicionales descubiertas durante la preparación de los dientes. Pueden ocurrir cambios significativos en respuesta a la temperatura después de la restauración dental, como sensibilidad o dolor temporal. Si el diente no responde a tratamiento con un empaste, se puede requerir mayor tratamiento, como tratamiento de nervios o coronas. Los empastes pueden requerir reemplazos periódicos con empastes adicionales y/o coronas.
6. Extracciones: Se le explicarán alternativas (tratamiento de nervio, coronas, y cirugía periodontal, etc.) La remoción de dientes no siempre remueve toda la infección, si se encuentra presente, y puede ser necesario realizar mayor tratamiento. Algunos de los riesgos son dolor, inflamación, esparcimiento de la infección, si se encuentra presente, resequedad, pérdida de sensación en dientes, lengua, labios y tejido circundante que puede durar por un periodo no definido de tiempo (días o meses), o quijada fracturada. Se puede requerir mayor tratamiento o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, que serían su responsabilidad financiera.
7. Coronas y Puentes: A veces no es posible igualar el color de los dientes naturales exactamente con dientes artificiales. Usted puede utilizar coronillas temporales, que se pueden salir fácilmente así que debe evitar dulces y alimentos pegajosos. Usted deberá tener cuidado para asegurarse de que se mantengan en su lugar hasta que pueda tener las coronas permanentes. La última oportunidad para realizar cambios a una corona nueva, o puente (incluyendo forma, tamaño, ajuste, o color) debe realizarse durante la cita de preparación.
8. Prótesis Dental (completo y parcial): Las prótesis removibles incluyen riesgos y posibles fallas. Esto incluye presión sobre las encías, quijada que no proporciona soporte adecuado y/o retención, salivación excesiva o resequedad excesiva de la boca, y en general problemas psicológicos, de comportamiento y físicos que interfieren con el éxito. No somos responsables de las fallas de este tipo. La ruptura es posiblemente debido a dejar caer la dentadura o por masticar alimentos que son extremadamente duros. Las dentaduras completas se aflojan cuando existe un cambio en el tejido de las encías. Nuestra obligación es crear un dispositivo que ajuste bien, y funcional. Los pacientes deben utilizar el dispositivo de forma adecuada y consistente para que el dentista pueda realizar los ajustes correctos. Cualquier problema de ajuste de dentadura debe ser mencionado dentro de 30 días después de la entrega final de la dentadura. Los ajustes después de 30 días, se realizan con costo adicional.
9. Dentadura Inmediata/Interina: Posterior a la extracción y entrega de la dentadura inmediata prefabricada, existe un cambio óseo rápido que resulta en espacio entre la dentadura y las encías. Esto lleva a un aumento rápido de puntos doloridos y sensación de estar "flojo", que debe ajustarse frecuentemente. El dentista puede recomendar un revestimiento suave o duro (con cargo adicional) si el paciente experimenta incomodidad durante el periodo de sanación, para mejorar el ajuste.
10. Tratamiento de Endodoncia (Nervios): No existe garantía de que el tratamiento de nervio salvará un diente. Pueden suceder complicaciones de el tratamiento, y ocasionalmente, se cimientan objetos de metal en el diente o se extienden por el nervio, lo que no afecta necesariamente el éxito del tratamiento. Ocasionalmente se requieren procedimientos quirúrgicos adicionales posteriores al tratamiento de nervio.
11. Quejas: Por favor contáctenos directamente en [info@enabledental.com](mailto:info@enabledental.com) con quejas o problemas. Un administrador resolverá cualquier problema hasta su satisfacción. Los pacientes de Texas pueden ingresar una queja formal en: Junta Estatal de Texas de Dentistas, 333 Guadalupe Tower 3, Suite 800, Austin, Texas 78701-3942 o llamando al (512) 463-6400. También puede hacer una queja directa a Align Senior Care en: Align Senior Care Attn: Appeals and Grievances Dept. PO Box 4440, Glen Allen, VA 23058-4440 o llamando al 1-844-305-3879, opción 6.
12. Teleodontología: Si es permitido en su estado, usted aprueba el uso sincronizado (en vivo por video) y no sincronizado (no en vivo) de teleodontología. La teleodontología no sincronizada usa un asistente o higienista dental para recolectar datos clínicos e información en nombre del dentista autorizado. Esta información se manda (no en vivo) al dentista autorizado para su revisión y recomendaciones. El resultado es comunicado al paciente o el poder notarial. El dentista puede no ver al paciente en persona. Usted puede solicitar comunicarse con el dentista en persona dentro de 30 días después de la consulta.
13. Servicios Clínicos: Todos los servicios clínicos se manejan por una entidad a nombre de un dentista, incluyendo pero no limitado a Texas Mobile Dentists Inc (Texas), Tsang Mobile Dental PLLC (Colorado), A. Nguyen Dental Corporation (California), Sculyer Kurlbaum DDS Mobile LLC (Kansas City), Nathan Suter DDS Mobile LLC (St. Louis), and Nathan Suter DDS PLLC (Washington).
14. COVID-19: Nuestros equipos clínicos siguen todas las pautas de la CDC, la junta dental estatal y OSHA relacionadas con COVID-19. Lea nuestras pautas detalladas en [www.enabledental.com/covid-19](http://www.enabledental.com/covid-19). Existe un riesgo potencial de exposición con cualquier interacción humana dada la propagación comunitaria. Nuestros protocolos y procedimientos abarcan al lado de la precaución.