

Registro y consentimiento de nuevos pacientes

Bienvenido a Enable Dental. Brindamos soluciones portátiles de odontología domiciliaria en varios entornos, lo que incluye residencias personales, ubicaciones corporativas, comunidades de vida asistida, hogares de ancianos y hogares grupales. Nuestros médicos brindan una gama completa de servicios que incluyen exámenes integrales, radiografías de dosis baja, rayos X, limpiezas dentales, tratamientos con flúor, empastes, extracciones, coronas, parciales, dentaduras postizas, ¡y mucho más! Este formulario de consentimiento del paciente está diseñado para recopilar su historial médico y ayudarlo a entender las opciones de la mejor calidad de atención que están disponibles para usted.

QUÉ PUEDE ESPERAR EN SU VISITA

Enable Dental le realizará un examen dental integral inicial que incluye una prueba de detección de cáncer oral y radiografías, que se requieren para todos los pacientes nuevos para que el dentista determine el diagnóstico dental del paciente. Durante esta visita, lo más probable es que el paciente reciba una limpieza estándar. En el examen inicial, el dentista puede identificar problemas que requieran un plan de tratamiento personalizado y descartar la limpieza estándar. A los nuevos pacientes también se les ofrece un tratamiento opcional con flúor.

SERVICIOS Y TARIFAS

\$492 – Visita de nuevo paciente

- Examen integral y detección de cáncer \$124
- Rayos X de dosis baja \$159
- Limpieza profiláctica* \$152
- Tratamiento con flúor \$57

*La limpieza estará sujeta al diagnóstico dental y reducirá el precio en \$152 si no se realiza

SELECCIONES OPCIONALES

- Yo **no** deseo que el paciente reciba el tratamiento inicial de flúor. Entiendo que los tratamientos con flúor son recomendados por la Asociación Dental Americana y ayudan a prevenir las caries.
- \$44 – Programa de terapia de higiene (HTP, por sus siglas en inglés)** (disponible solo para las comunidades participantes) El HTP es un programa semanal de instrucción sobre higiene, cepillado de dientes, uso de hilo dental, y control de dentaduras postizas realizado por un asistente dental. Este programa complementario se suma a las limpiezas periódicas.

VISITAS ADICIONALES DE SEGUIMIENTO

\$412 – Examen de seguimiento periódico de 6 meses Los pacientes de Enable Dental recibirán un examen periódico que incluye detección de cáncer bucal, una limpieza (profilaxis) con flúor, y radiografías realizadas por un dentista o higienista dental, a menos que se estipule lo contrario. Las limpiezas adicionales de seguimiento se pueden realizar cada 3 meses y se basan en las recomendaciones del dentista. Si el diagnóstico dental requiere de seguimiento y tratamiento adicional, el equipo dental proporcionará un resumen de cualquier terapia necesaria (plan de tratamiento) que se comunicará al paciente o a su representante legal por correo electrónico o correo postal.

¿QUIÉN LLENA ESTE FORMULARIO?

La persona que llena este formulario es: Paciente POA (poder notarial) o parte responsable

PARTE RESPONSABLE

- El Paciente es la parte responsable y puede firmar tanto decisiones médicas como financieras; y/o
- El Paciente requiere un Poder Notarial Médico (POA) o Tutor, y esta información se proporciona a continuación; y/o
- El paciente requiere un Poder Notarial Financiero (POA) o curador, y esta información se proporciona a continuación.



Registro en línea: <https://enabledental.com/new-patient-registration/>

Escriba un correo electrónico a: info@enabledental.com

Envíe un fax a: (866) 815-3719

Escriba al correo postal: 5555 N Lamar Blvd, Ste H125, Austin, TX 78751

¿Tiene alguna pregunta? Llámenos al: (866) 988-4504

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El paciente actualmente vive en: Comunidad/Establecimiento Residencia personal

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Género: Masculino Femenino Número de teléfono del paciente _____

Correo electrónico del paciente _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____ Apellido _____ Teléfono _____

Relación _____ Correo electrónico _____

***SI EL PACIENTE RESIDE EN UNA COMUNIDAD DE VIVIENDA ASISTIDA O PARA ADULTOS MAYORES:**

Nombre de la comunidad/establecimiento (aclarar la propiedad si es una marca de múltiples ubicaciones)

Dirección _____ Número de teléfono de la comunidad _____

Ciudad de la comunidad _____ Habitación # _____

Adjunto una lista actual de medicamentos y una hoja de datos de la comunidad

***Si el paciente vive en una residencia personal:**

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

PARA LOS PACIENTES QUE VIVAN EN UNA RESIDENCIA PERSONAL, SE REQUIERE INFORMACIÓN ADICIONAL – DESCARGUE ESTE FORMULARIO: <https://enabledental.com/wp-content/uploads/2022/09/New-Patient-Dental-and-Health-History-NPDHH09162022F.pdf>

PODER NOTARIAL MÉDICO / TUTOR (SI CORRESPONDE)

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (fijo) _____ Teléfono (celular) _____

Correo electrónico _____ Relación con el paciente _____

PODER NOTARIAL FINANCIERO / CURADOR (SI CORRESPONDE)

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (fijo) _____ Teléfono (celular) _____

Correo electrónico _____ Relación con el paciente _____

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

¿El paciente usa dentaduras postizas?: _____ ¿Completas? Sí No ¿Parciales? Sí No

¿Fecha del último examen dental? _____ Inquietud principal de la visita _____



Registro en línea: <https://enabledental.com/new-patient-registration/>

Escriba un correo electrónico a: info@enabledental.com

Envíe un fax a: (866) 815-3719

Escriba al correo postal: 5555 N Lamar Blvd, Ste H125, Austin, TX 78751

¿Tiene alguna pregunta? Llámenos al: (866) 988-4504

SEGURO DENTAL (COMO CORTESÍA PODEMOS PRESENTAR UN RECLAMO COMO **PROVEEDOR FUERA DE LA RED**)

Enable Dental se complace en enviar un reclamo de seguro dental fuera de la red en su nombre. Somos un proveedor fuera de la red (no dentro de la red) en la mayoría de los planes de seguro y es posible que reciba un reembolso parcial directamente en función de sus beneficios fuera de la red. Consúltenos si no está seguro acerca del estado dentro o fuera de la red. Presentamos reclamos como cortesía y cualquier comunicación de seguimiento con la aseguradora debe ser gestionada por el suscriptor que se indica a continuación. **Usted comprende que el pago debe realizarse en su totalidad en el momento de los servicios y no depende del reembolso que pueda recibir de su plan de seguro dental.** Si usted tiene un plan dental HMO (planes de organización para el mantenimiento de la salud), debe usar un proveedor dentro de la red y, por lo general, no se aceptan reclamos fuera de la red. No enviamos reclamos en estas situaciones.

N.º de grupo/Nombre _____ Nombre del empleador _____
Nombre del seguro _____ Número de teléfono del seguro _____
Nombre del asegurado/suscriptor _____ Apellido del asegurado/suscriptor _____
Dirección del asegurado/suscriptor _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Fecha de nacimiento del asegurado/suscriptor (mm/dd/aaaa) _____ Identificación del suscriptor _____
Relación del asegurado/suscriptor con el paciente _____

¿Estaba este plan dental incluido en un plan de salud Medicare Advantage/Complementario? Sí No

INFORMACIÓN FINANCIERA

- Aceptamos cheques, tarjetas de crédito, pagos ACH, y (Care Credit en algunos estados)
o Se aceptan cheques **solo para la visita inicial**. Se deberá registrar una tarjeta de crédito o cuenta bancaria en el archivo para el tratamiento de seguimiento
o Puede enviar un cheque a la dirección que figura en este formulario antes de la visita inicial **únicamente**
o Se requiere información financiera en forma de tarjeta de crédito o información de ACH para el tratamiento de seguimiento
• No **aceptamos** Medicare ni Medicaid en la mayoría de las situaciones
o **Medicare no** cubre el costo de ningún servicio dental. Consulte <https://www.medicare.gov/coverage/dental-services>
• Se puede aplicar un cargo por pago atrasado del 5 % a cualquier saldo pendiente que no se pague dentro de los 30 días posteriores a la prestación de los servicios.
• Se aplicará una tarifa de visita al hogar por cada visita si la ubicación del servicio es una residencia personal (no una comunidad).
• Todas las tarifas están sujetas a cambios.

ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DE PAGO:

OPCIÓN 1

CHEQUE PERSONAL SOLO PARA VISITA INICIAL

Se deberá presentar un cheque en la primera cita por la cantidad de \$492. Si necesita enviar el cheque por correo, debe hacerlo antes de la cita. Lo puede enviar a 5555 N Lamar Blvd, Ste H125, Austin, TX 78751

OPCIÓN 2

TARJETA DE CRÉDITO (LE ENVIAREMOS UN RECIBO)

Número de tarjeta de crédito _____ Fecha de vencimiento (MM/AA) _____ Código de seguridad _____
Nombre en la tarjeta de crédito (exactamente como aparece) _____
Dirección de facturación _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

OPCIÓN 3

ACH (LE ENVIAREMOS UN RECIBO)

Nombre del banco/depósito _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de ruta ACH _____ Número de cuenta _____
Nombre en la cuenta _____

AUTORIZACIÓN Y RENUNCIA

El paciente o su representante legal se compromete a lo siguiente:

- Enable Dental puede revisar registros médicos, examinar y proporcionar cualquier atención dental necesaria;
 - Antes de firmar cualquier documento, tengo derecho a revisar las siguientes políticas de Enable Dental que se me proporcionaron, que leí y entendí completamente:
 - Consentimiento informado dental general <https://enabledental.com/general-dental-informed-consent>
 - Aviso de prácticas de privacidad HIPAA <https://enabledental.com/hipaa/>
 - Términos y uso de la política de privacidad* <https://enabledental.com/privacy-policy/>
 - No se ha emitido ninguna garantía o seguridad en cuanto a los resultados que se pueden obtener a través del curso de cualquier tratamiento;
 - Enable Dental está autorizado a proporcionar atención continua hasta que se retire el consentimiento dental, lo que puede hacerse en cualquier momento;
 - No se proporcionará ningún tratamiento restaurador sin el consentimiento previo por escrito.

* Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Usted puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento visitando nuestro sitio web, enviando un correo electrónico a info@enabledental.com, o llamando al (866) 988-4504. Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad, Ben Tiggelaar, en ben@enabledental.com.

Al marcar y firmar a continuación, usted reconoce que:

- Usted es el paciente y toma todas las decisiones financieras y médicas en su propio nombre O es un representante legal con plena capacidad para tomar decisiones financieras y médicas.
- Usted ha leído y está de acuerdo con el Consentimiento informado dental general
- Si corresponde, le otorga a la comunidad de atención y a Enable Dental su consentimiento explícito para intercambiar información de salud del paciente, incluido el historial médico, las listas de medicamentos, la información de la parte responsable, y otros datos para garantizar la atención y el bienestar general del paciente.
- Usted da su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas que cumplan con HIPAA, como correos electrónicos y mensajes de texto con respecto al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

PACIENTE / PODER NOTARIAL GENERAL: Firma: _____ Fecha: _____

Si se requiere firma para un segundo representante legal:

Nombre: _____

FIRME AQUÍ: Firma: _____ Fecha: _____