

# 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 PRIMERA 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.

## VISITAS ADICIONALES DE SEGUIMIENTO

Los pacientes de Enable Dental recibirán un examen de seguimiento periódico cada 6 meses 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.

## SERVICIOS Y TARIFAS

Una primera visita normal incluirá lo siguiente:

<u>Tratamiento</u>	<u>Visita de nuevo paciente</u>	<u>Visita de seguimiento periódica</u>
Examen integral y detección de cáncer	\$135.00	\$101.00
Rayos X de dosis baja*	\$180.00	\$112.00
Limpieza profiláctica **	\$180.00	\$180.00
Tratamiento con flúor	\$60.00	\$60.00

\*Nota: La revisión de dentadura postiza puede requerir rayos X.

\*\*La limpieza estará sujeta al diagnóstico dental; se reducirá el precio en \$152.00 si no se realiza.

Se aplicará una tarifa de visita al hogar por cada visita si la ubicación del servicio es una residencia personal (no una comunidad).

## SELECCIONES OPCIONALES

**No** deseo que el paciente reciba el tratamiento inicial con flúor. Entiendo que los tratamientos con flúor son recomendados por la Asociación Dental Americana y ayudan a prevenir las caries.

## ¿QUIÉN LLENA ESTE FORMULARIO?

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

## PARTE RESPONSABLE

El Paciente es la parte responsable y puede firmar tanto decisiones médicas como financieras  Sí  No

El paciente requiere un Poder Notarial Médico (POA) o Tutor,  Sí  No

El paciente requiere un Poder Notarial Financiero (POA) o Curador  Sí  No

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El paciente actualmente vive en:  Comunidad/Establecimiento  Residencia personal  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  
Teléfono del paciente \_\_\_\_\_ Correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_

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

Nombre de la comunidad/establecimiento (especifique la propiedad si es una marca con múltiples sedes) \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de la comunidad \_\_\_\_\_  
Ciudad de la comunidad \_\_\_\_\_ Número de 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 \_\_\_\_\_

SE REQUIERE INFORMACIÓN ADICIONAL PARA LOS PACIENTES QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA PERSONAL; DESCARGUE ESTE FORMULARIO <https://enabledental.com/wp-content/uploads/2022/09/New-Patient-Dental-and-Health-History-NPDHH09162022F.pdf> O COMPLETE EL FORMULARIO ADICIONAL EN EL SITIO WEB DE ENABLE DENTAL: [www.enabledental.com/new-patient-registration](http://www.enabledental.com/new-patient-registration)

## PODER NOTARIAL MÉDICO / TUTOR (SI CORRESPONDE)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono (hogar) \_\_\_\_\_ 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 (hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono (celular) \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

## HISTORIA CLÍNICA DENTAL

El paciente usa dentadura postiza: ¿Completa?  Sí  No ¿Parcial?  Sí  No  
¿Fecha del último examen dental? \_\_\_\_\_ Inquietud principal para la visita dental \_\_\_\_\_

## SELECCIONA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DE PAGO (Se requiere al momento del servicio):

*Nota: Si no puede proporcionar detalles de pago por una tarjeta de crédito o por ACH (Cámara de compensación automatizada), comuníquese con nuestra oficina al (866) 988-4504, opción Núm. 2 para pagar por cheque.*

### OPCIÓN 1

TARJETA DE CRÉDITO (LE ENVIAREMOS UN RECIBO)

Número de la tarjeta de crédito \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento (MM/AA) \_\_\_\_\_  
Código de seguridad \_\_\_\_\_  
Nombre en la tarjeta de crédito (exactamente como aparece) \_\_\_\_\_  
Dirección para enviar la factura \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### OPCIÓN 2

ACH (LE ENVIAREMOS UN RECIBO)

Banco/Nombre del depositario \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número de identificación de ACH \_\_\_\_\_ Número de cuenta \_\_\_\_\_  
Titular de la cuenta \_\_\_\_\_

*Enable Dental utiliza un sistema cifrado para mantener la seguridad de la información. Si tiene alguna consulta o desea hablar directamente con un Coordinador de facturación, comuníquese al (866) 988-4504, opción núm. 2. Su información de facturación debe recibirse hasta dos (2) días hábiles antes de su consulta programada, de lo contrario se reprogramará su visita.*

## 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 una vez que se complete el pago total por cualquier servicio. 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. Si usted tiene un plan dental HMO (planes de organización para el mantenimiento de la salud), puede usar Enable Dental; sin embargo, es necesario que use un proveedor dentro de la red, y no se aceptan reclamos fuera de la red. No enviamos reclamos en estas situaciones. **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 deja sin completar alguna sección, no podremos presentar su reclamo).

Núm./nombre del grupo \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Núm. 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 \_\_\_\_\_ Número de identificación del suscriptor \_\_\_\_\_  
Parentesco con el asegurado/suscriptor \_\_\_\_\_

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

**\*\*Nota: Medicare NO paga los servicios dentales y NO somos un proveedor de Medicaid en la mayoría de los estados**

## INFORMACIÓN FINANCIERA

- Aceptamos tarjetas de crédito, pagos ACH cheques, tarjetas de crédito, pagos ACH, y Care Credit (en algunos estados).
  - 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 en <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.

## 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>
    - HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad <https://enabledental.com/hipaa/>
    - Términos y uso de la Política de privacidad\* <https://enabledental.com/privacy-policy/>
  - No se ha hecho 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](mailto:info@enabledental.com), o llamando al (866) 988-4504. Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad, Savi Gupta por correo electrónico, [savi.gupta@enabledental.com](mailto:savi.gupta@enabledental.com).

Al 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.

## FIRMAS

### Paciente

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(El paciente es la parte responsable y puede firmar tanto decisiones médicas como financieras)

### Poder legal

El paciente requiere un **Poder Notarial Médico** (POA) o Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El paciente requiere un **Poder Notarial Financiero** (POA) o Curador

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_