

Registro y consentimiento de nuevos pacientes

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El paciente: Actualmente reside en: Comunidad o centro Residencia personal
Puede el paciente firmar tanto las decisiones médicas como las financieras Sí No
Nombre _____ Apellidos _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Hombre Mujer
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del paciente _____ Correo electrónico del paciente _____
Nombre del centro _____

HISTORIA DENTAL Y PREOCUPACIONES

Adjunto la lista de la medicación actual y la hoja de cara a la comunidad. Sí No (en caso negativo, rellene este formulario:
<https://enabledental.com/patients/medical-history>)

El paciente lleva dentadura postiza: ¿Completa? Sí No ¿Parcial? Sí No
¿Fecha de la última revisión dental? _____ ¿Principal motivo de visita al dentista? _____
Urgencia dental: Se trata de una necesidad dental urgente que no pone en peligro la vida.
 Diente roto Dentadura postiza rota o perdida Dolor intenso o inflamación Otros _____

PODER NOTARIAL O DEL TUTOR (si procede)

Se necesita un poder notarial para Las decisiones médicas Las decisiones financieras Ambas
Nombre _____ Apellidos _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono (fijo) _____ Teléfono (móvil) _____
Correo electrónico _____ Relación con el paciente _____

SEGURO DENTAL ¿El paciente tiene seguro dental? Sí No

Enable Dental colabora con seguros seleccionados y programas Medicare Advantage y ayudará a maximizar sus beneficios siempre que sea posible. Usted es responsable del pago de todos los servicios que no estén cubiertos o que superen el máximo de su plan. **Entiende que, en función de su cobertura, el pago puede deberse en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios.**

Nombre del seguro _____ N.º o nombre del grupo _____
Teléfono del seguro _____ ID del abonado _____
Nombre del asegurado o abonado _____ Apellido del asegurado o abonado _____
Fecha de nacimiento del asegurado o abonado (dd/mm/aaaa) _____ Relación con el paciente del asegurado o abonado _____
Dirección del asegurado o abonado _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DE PAGO (**obligatorio para servicios que no cubra el seguro**)

OPCIÓN 1 TARJETA DE CRÉDITO (LE ENVIAREMOS UN RECIBO)

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

OPCIÓN 2 ACH (LE ENVIAREMOS UN RECIBO)

Nombre del banco o del depositario _____ Ciudad _____ Estado _____
Código postal _____
Nombre de ruta de la ACH _____ Número de cuenta _____
Nombre en la cuenta _____ Nota: Se cobrará una comisión de \$ 15 por todas las transacciones de la ACH que se devuelvan o se rechacen.



Enable Dental utiliza un sistema encriptado para mantener la información segura. Si tiene alguna pregunta o desea hablar directamente con un coordinador de facturación, llame al (866) 988-4504, opción 2. Su información de facturación debe recibirse con dos (2) días hábiles de antelación antes de su cita programada o se reprogramará su cita hasta que se reciba.

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN

El paciente o su representante legal acepta lo siguiente:

- Enable Dental puede revisar los registros médicos, examinar y proporcionar cualquier cuidado dental necesario;
- Antes de firmar cualquier documento, tengo el derecho de revisar las siguientes políticas de Enable Dental con las cuales he sido provisto, leído y entendido por completo:
 - Consentimiento informado de General Dental <https://enabledental.com/general-dental-informed-consent>
 - Aviso de prácticas de confidencialidad de la HIPAA <https://enabledental.com/hipaa/>
 - Política de privacidad Términos y uso* <https://enabledental.com/privacy-policy/>
- No se ofrece ninguna garantía ni seguridad en cuanto a los resultados que puedan obtenerse mediante el curso de cualquier tratamiento.
- Enable Dental está autorizada a proporcionar atención continuada hasta que se retire el consentimiento dental, que puede retirarse 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. Puede obtener una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento visitando nuestra página web, enviando un correo electrónico a info@enabledental.com o llamando al (866) 988-4504. Puede ponerse en contacto con la responsable de privacidad Dr. Nathan Suter en compliance@enabledental.com.

INFORMACIÓN FINANCIERA

- Aceptamos tarjetas de crédito, pagos ACH y (Care Credit en algunos estados).
 - La información financiera en forma de tarjeta de crédito o información ACH es necesaria para el seguimiento del tratamiento.
- Participamos con algunos programas de Medicare Advantage, algunos planes de seguro y algunos programas de Medicaid.
- Se necesita el pago en el momento del servicio a menos que se especifique lo contrario a través de nuestro proceso de elegibilidad del seguro.
- Se aplicará un recargo del 5 % a cualquier saldo pendiente de pago que no se abone en un plazo de 30 días a partir de la prestación de los servicios.
- Se aplicará una tarifa de visita a domicilio por cada visita si el lugar del servicio es una residencia personal (no una comunidad).
- **Todas las tarifas están sujetas a cambios. Las tarifas de la visita inicial se encuentran en <https://enabledental.com/standard-pricing/>**

Al firmar a continuación, reconoce que:

- Usted es el paciente y toma todas las decisiones financieras y médicas en su propio nombre O usted es un representante legal con plena capacidad de decisión legal financiera y médica.
- Ha leído y está de acuerdo con el Consentimiento General Dental Informado
- Si procede, usted otorga a la comunidad asistencial y a Enable Dental el consentimiento explícito para intercambiar información sobre la salud del paciente, lo que incluye los antecedentes médicos, las listas de medicación, la información sobre la parte responsable y otra información para garantizar el cuidado y el bienestar general del paciente.
- Usted da su consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas conformes con la HIPAA, como correos electrónicos y mensajes de texto relativos a tratamientos, pagos y operaciones de atención sanitaria.
- Reconoce que Enable Dental proporciona todos los servicios en un entorno portátil.

FIRMAS

PACIENTE

Firma: _____ Fecha: _____

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

PODER NOTARIAL

El paciente necesita un poder notarial (POA, por sus siglas en inglés) o tutor específico para los servicios dentales que se le presten.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____