

## Registro y consentimiento de nuevos pacientes Programas y planes participante

---

### 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 \_\_\_\_\_

## 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](mailto: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](mailto:compliance@enabledental.com).

## INFORMACIÓN FINANCIERA

- Participamos con varios pagadores en los que se incluye algunos planes de seguros y algunos programas de Medicaid.
  - En algunos casos, todos los honorarios están totalmente cubiertos, sin embargo, esto se basa en su plan específico y la elegibilidad en la fecha del servicio. Es su responsabilidad entender su cobertura.
  - Si se necesita un pago personal, uno de nuestros asociados se lo comunicará con antelación.
- 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.
- 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.
- **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 del paciente 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: \_\_\_\_\_