

## Formulario de Consentimiento para Nuevos Pacientes (Miembros de Align Senior Care)

**Enable Dental** se asocia con **Align Senior Care** para proporcionar cuidado dental en sitio en la comodidad de la residencia o la comunidad de los miembros de Align Senior Care.

Enable Dental brinda una gama completa de servicios que incluyen exámenes dentales, radiografías de dosis baja, limpiezas Limpieza(profilaxis), tratamientos con flúor, empastes, extracciones, coronas, parciales, dentaduras postizas, y mucho más.

### LA PRIMERA VISITA Y QUÉ ESPERAR

El paciente nuevo recibe un examen dental completo inicial con detección de cáncer oral, radiografías y limpieza (profilaxis). Se le proporcionará un resumen de su visita, el cual incluye tratamientos recomendados (si fuera el caso) por parte de nuestros dentistas con licencia. Cualquier recomendación de tratamiento se comunicará y enviará por correo electrónico/correo postal al paciente o a la persona responsable para su aprobación antes de programar procedimientos de tratamiento de seguimiento.

### PRECIOS

Los miembros de Align Senior Care recibirán prevención sin ningún costo para usted y los procedimientos de tratamiento a una tasa de descuento especial.

Los miembros de Align Senior Care son elegibles para visitas preventivas y otros servicios dentales dependiendo de los beneficios del plan específico que tengan con Align Senior Care. Para más detalles sobre la cobertura de beneficios, verifique la documentación de los beneficios del plan en el que está inscrito.

Otros servicios dentales como procedimientos de tratamiento están cubiertos hasta el máximo anual del plan de beneficios del miembro. El balance en costo de cualquier tratamiento que exceda el máximo beneficio del plan será responsabilidad del paciente o la parte responsable.

### SELECCIONES DE NIVEL DE CUIDADO Y FRECUENCIA

Exámenes	Los exámenes ocurrirán cada 6 meses a menos que sea requerido de otra forma.
Rayos X de dosis baja	Se requieren Rayos X de dosis baja para todos los pacientes nuevos, sin excepción. Los rayos X se toman cada 6 meses.
Limpiezas (profilaxis) ➔	Una profilaxis realizada por un dentista o higienista dental incluye desincrustación y pulido para remover placa de la corona, cálculos y manchas. Realizamos la limpieza cada 6 meses si este campo se deja en blanco. <input type="radio"/> Cada 6 meses <input type="radio"/> Sin limpiezas
Fluor ➔	<p>___ Sus iniciales aquí <b>para aceptar</b> los tratamientos de flúor. Deseo que el paciente reciba el tratamiento con flúor. Entiendo que el tratamiento con flúor puede no estar cubierto por mi plan de salud de Align Senior Care y que soy el responsable de cualquier costo fuera de la cobertura para el tratamiento con flúor.</p> <p>___ Sus iniciales aquí <b>para no aceptar</b> los tratamientos de flúor. <b>No deseo</b> que el paciente reciba tratamientos con flúor.</p> <p>* Los tratamientos con flúor son recomendados por la Asociación Dental Americana y ayudan a prevenir las caries.</p>
¿Emergencia dental?	<input type="checkbox"/> Consulte aquí si el paciente tiene una emergencia dental que no sea amenaza para la vida y especifique abajo: <input type="radio"/> Diente roto <input type="radio"/> Dentadura rota o perdida <input type="radio"/> Dolor severo/hinchazón <input type="radio"/> Otro: _____

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Género:     Hombre     Mujer    Lenguaje de preferencia:     Inglés     Español     Otro \_\_\_\_\_

Teléfono del paciente \_\_\_\_\_ Correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_

El paciente actualmente vive en:     Ayuda para vivir     Cuidado de la memoria     Centro de enfermería especializada

Nombre de la comunidad (especifique la propiedad si es una marca con múltiples sedes) \_\_\_\_\_

Ciudad y estado de la comunidad \_\_\_\_\_ Habitación # \_\_\_\_\_

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

## INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE SALUD DE ALIGN SENIOR CARE

Todos los miembros de Align Senior Care deben proporcionar una copia de la tarjeta de membresía y una identificación gubernamental para ayudar a prevenir errores en la facturación a su compañía de seguros. Puede hacer esto anexando copias de su tarjeta de membresía e identificación a este formulario de consentimiento. Envíe los documentos vía fax a (877) 940-4303 o escriba un correo electrónico a [bdrecords@enabledental.com](mailto:bdrecords@enabledental.com).

Nombre de aseguradora \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ RXGRP/Plan # \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento(mm/dd/aa) \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DENTAL Y DE SALUD

El paciente usa dentadura postiza:      ¿Completa?  Sí  No      ¿Parcial?  Sí  No

¿Fecha de su último examen dental? \_\_\_\_\_ Razón principal para la visita dental \_\_\_\_\_

¿El paciente ha sufrido un ataque durante el último año?  Sí  No

¿El paciente está tomando bisfosfonatos (medicamentos para la osteoporosis)?  Sí  No

¿El paciente está tomando actualmente anticoagulantes recetados?  Sí  No

¿El paciente tiene válvulas cardíacas artificiales?  Sí  No

¿El paciente tiene alguna alergia?  Sí  No

Enumere cualquier alergia aquí \_\_\_\_\_

## PARTE RESPONSABLE PRINCIPAL / PODER NOTARIAL MÉDICO (SI CORRESPONDE)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (Móvil) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

## PODER LEGAL FINANCIERO (SI APLICA Y DIFERENTE DEL ANTERIORMENTE INDICADO)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (Móvil) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN FINANCIERA

- El paciente o la parte responsable será el responsable del costo remanente sobre el máximo beneficio del plan del miembro.
- El paciente o la parte responsable será requerida a proporcionar un consentimiento por escrito e información de pago (p. ej. tarjeta de crédito o ACH) antes de agendar cualquier visita de tratamiento.
- Es responsabilidad del paciente o la parte responsable el entender el tipo de seguro dental que tienen y sus beneficios asociados.
- El seguro dental es un contrato entre el paciente y el asegurador. Los beneficios están sujetos a límites o beneficios máximos disponibles al tiempo en que la reclamación sea procesada.
- Háganos saber si ha estado viendo otro proveedor dental este año ya que esto afectará sus beneficios disponibles.
- 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.
- Los pagos con cheque o ACH que sean regresados por su institución financiera estarán sujetos a una cuota de \$15 por procesamiento.

## 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:
  - Antes de firmar cualquier documento, tengo derecho a revisar las siguientes políticas de Enable Dental que se me proporcionaron, que leí y entendí completamente:
    - o Consentimiento dental general informado <https://enabledental.com/general-dental-informed-consent>
    - o Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA <https://enabledental.com/hipaa/>
    - o 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 [ainfo@enabledental.com](mailto:ainfo@enabledental.com) , o llamando al (866) 988-4504. Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad, Savi Gupta en [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, usted 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.
- Teledentista: Usted aprueba el uso de teledentista síncrona (plática en vivo a través de video) y telemedicina asíncrona (no en vivo). La teledentista asíncrona utiliza un asistente dental o un higienista para recolectar datos e información en persona en lugar de un dentista con licencia. Esta información se envía de forma asíncrona (no en vivo) al dentista con licencia para ser revisada y proporcionar recomendaciones. Los resultados de este examen son comunicados al paciente o a la parte responsable. El dentista puede no ver al paciente en persona. Usted puede solicitar comunicarse en tiempo real con el dentista sobre estas recomendaciones dentro de los 30 días después de la consulta.

## 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: \_\_\_\_\_