

Consentimiento de Paciente Nuevo - PACE

Enable Dental ofrece servicios dentales en el sitio a pacientes en el Programa llamado All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). Todos los costos financieros son pagados directamente por su programa PACE. PACE solo cubrirá servicios específicos y no cubre tratamiento estético o electivo. Debe firmar este consentimiento para recibir los servicios.

PROGRAMA PACE

Nombre del Programa PACE _____

QUIÉN LLENA ESTE FORMULARIO

La persona que llena este formulario es: Paciente POA o Parte responsable

PARTE RESPONSABLE

- El Paciente es la parte responsable y puede firmar decisiones médicas
 El Paciente requiere un Poder Notarial Médico (POA) o Tutor, y esta información se proporciona a continuación

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Género: Masculino Femenino Teléfono del paciente _____

Correo electrónico del paciente _____

PARTE RESPONSABLE PRINCIPAL / PODER NOTARIAL MÉDICO (SI CORRESPONDE)

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (Casa) _____ Teléfono (Celular) _____

Correo electrónico _____ Relación con el Paciente _____

HISTORIAL DENTAL Y DE SALUD

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

¿Fecha del último examen dental? _____ Inquietud 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 _____

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-2/>,
 - 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, o llamando al (866) 988-4504. Puede comunicarse con el Oficial de Privacidad, Ben Tiggelaar, en ben@enabledental.com.

Al firmar a continuación, usted reconoce que:

- Usted es el paciente y toma decisiones médicas completas en su propio nombre O es el Representante legal con capacidad completa para tomar decisiones médicas legales.
- Usted ha leído y está de acuerdo con el Consentimiento Informado Dental General
- Usted le da al programa PACE, incluidos todos sus proveedores aprobados, y a Enable Dental su consentimiento explícito para intercambiar información de salud del paciente, incluido el historial médico, las listas médicas, la información de la parte responsable y otra información necesaria.
- Si corresponde, usted 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 otra información 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 y las operaciones de atención médica.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

O

Se requiere la firma del POA para el representante legal:

Firma del POA: _____ Fecha _____