Absolute Dental

Fecha de hoy_____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: ☐Masculino ☐Femenino **SSN#**: _____-_____-_____ Estado Civil: ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Viudo

Tel de casa # _____ # del Trabajo _____ # de Cell_____

Correo Electrónico: _____ Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico o texto? ☐Si ☐No Iniciales _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____Codigo postal: _____

Empleador _____ Ocupacion: _____No. Tel de trabajo #: _____

¿El paciente es estudiante? _____ ☐De tiempo completo ☐De medio tiempo Contacto de Emergencia_____ Tel #: _____

Nombre del Esposo(a) o padres: _____ Empleador: _____ Tel #: _____

¿Ha sido usted o sus familiares pacientes de esta oficina? ☐Si ☐No Si la respuesta es "si" provea el nombre: _____

¿A quién podemos a gradecer por haberlo referido a nuestra oficina? _____

¿Como se enteró de nuestra oficina? ☐Seguro ☐Internet ☐Correo ☐Páginas Amarillas ☐Televisión ☐Otro_____

CUENTA DE LA PERSONA RESPONSABLE

Persona responsable por la cuenta: _____ Es paciente de esta oficina? ☐Si ☐No

SSN#: _____-_____-_____ Fecha de Nacimiento: _____ No. De Licencia: _____Estado: _____

Tel De Casa# _____ Cell# _____ Otro: _____Correo electrónico: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre del asegurado: _____Fecha nacimiento: _____Relación al paciente: _____

SSN#: _____-_____-_____ # de Membrecía: _____ Fecha efectiva: _____

Cargador del seguro_____ # de Tel _____ Empleador: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____

Grupo/ No de póliza# _____ Unión/ Nombre de grupo: _____ # de Local: _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre del asegurado: _____Fecha nacimiento: _____Relación al paciente: _____

SSN#: _____-_____-_____ # de Membrecía: _____ Fecha efectiva: _____

Cargador del seguro_____ # de Tel _____ Empleador: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____Estado: _____Cod postal: _____

Grupo/ No de póliza # _____ Unión/ Nombre de grupo: _____ Local#: _____

Gracias por escoger a Absolute Dental para sus necesidades dentales. Es nuestra promesa proveerle servicios dentales de alta calidad.
Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos.

Para poder mantener nuestros registros actualizados, por favor complete este documento cada 6 meses.

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la razón principal de su visita el día de hoy? _____

¿Está consciente de algún problema dental?: _____

Favor de indicar las fechas de:

Su último examen dental completo: _____Sus últimos rayos equis: _____ Su última limpieza dental: _____

¿Hay algún tratamiento dental que su ultimo dentista le recomendó? Por favor descríbalo: _____

¿Si usted no completo su tratamiento dental, cual fue la razón? ☐Tiempo ☐Costo ☐miedo ☐Otro: _____

¿Porque dejo su última oficina dental? _____

Nombre de su Dentista previo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____# de Tel_____

Por favor marque las condiciones que aplican a usted:

☐Sensibilidad (cosas frías o caliente) ☐encías hinchadas o que sangran ☐dolor de muelas al masticar

☐Dientes flojos ☐dientes o rellenos quebrados ☐Resequedad de boca

☐Dolor en la mandíbula ☐Mal aliento o mal sabor de boca ☐rechinar/apretar los dientes

☐Tratamiento de Articulación Temporomandibular ☐usa guarda de noche ☐Frenos

Por favor indique tratamientos dentales actuales o previos:

☐Dentaduras postizas/ parciales, a qué edad? _____ U/L _____ U/L ☐Implantes dental, en qué fecha? _____

☐Limpieza profunda/tratamiento periodontal, en qué fecha? _____ ☐extracciones (adulto), en qué fecha? _____

¿Si pudiera blanquear tus dientes a un costo bajo lo haría? ☐SI ☐NO

¿Si pudiera cambiar algo de su sonrisa o sus dientes, que sería?:

☐Dientes más blancos ☐Enderezar los dientes

☐Cerrar espacios ☐Remplazar rellenos de metal con rellenos color diente

☐Arreglar dientes quebrados ☐Remplazar dientes que faltan

☐Una alternativa a las dentaduras ☐Remplazar coronas viejas

☐Sonrisa completamente nueva

¿En una escala del 1 al 10 (10 es excelente) como clasificaría lo siguiente?

¿Qué tan importante es su salud dental? _____ Como clasificaría su salud dental actual? _____

HISTORIA MEDICA

Favor de marcar todo lo que aplique al PACIENTE:

☐Sida/VIH	☐Anemia	☐Artritis	☐Coyunturas artificiales	☐Válvula artificial del corazón
☐Alergias temporales	☐Asma	☐Enfermedad de sangre	☐Contusiones frecuentes	☐Cáncer
☐Quimioterapia	☐Diabetes	☐Mareos	☐Adicción de drogas	☐Enfisema
☐Sangrados excesivos	☐Desmayos	☐Glaucoma	☐Condiciones de corazón	☐Soplo cardiaco
☐Hepatitis A / B / C	☐Presión alta	☐Presión baja	☐Ictericia	☐Enfermedad del riñón
☐Prolapso de la válvula mitral	☐Ansiedad/ Depresión	☐Marcapasos	☐Osteoporosis	☐Radiación
☐Enfermedad respiratoria	☐Fiebre Reumática	☐Reumatismo	☐Convulsiones	☐Problemas del estomago
☐Ataque al corazón	☐Enfermedad de Tiroides	☐Estoy Embarazada	☐Enfermedad del hígado	☐Alergia al Látex
☐Alergia a los antibióticos	☐Tuberculosis	☐Phen-Fen (pastillas de dieta)	☐Otras condiciones médicas: _____	
☐Diabetes (Nivel de A1C)	☐EPOC	☐Angina	☐Autoinmune	
☐Anticoagulantes	☐Marcapasos	☐Uso de THC	☐Radiación (Porfavor circule: cabeza, cuello, boca)	

¿Usted fuma o mastica tabaco? ☐SI ☐que tan frecuente? _____ Por cuánto tiempo? _____

¿Usa drogas recreacionales? ☐SI ☐NO Que tipo de drogas? _____

¿Para qué condiciones médicas está recibiendo tratamiento actualmente?

_____

Nombre del Doctor: _____ # de Tel _____ # de Fax_____

¿Por favor enliste los medicamentos que está tomando actualmente?

_____

¿Por favor enliste medicamentos a los cuales es alérgico o ha tenido malas reacciones?: _____

He contestado cada pregunta completa y correctamente de acuerdo con mi mejor saber y entender. Es mi responsabilidad de informar a Absolute Dental de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del paciente/ persona responsable: _____ Nombre: _____ Fecha: _____

-PARA USO DE OFICINA-

Dr. Name: _____ Dr. Signature _____ Date: _____

Dr. Notes: _____

_____

Vitals BP: _____ Pulse: _____

Absolute Dental

Informacion de Aseguranza Primaria

Oficina: _____

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Asegurado : _____

Compania Aseguradora: _____

Numero de Miembro/ Seguro Social#: _____Fecha de Nacimiento de el Asegurado: _____

Empleador: _____

Para determinar si alguna otra aseguranza es secundaria a este plan, porfavor complete la siguiente informacion, firmando y agregando la fecha.

Tiene usted o algun miembro de su familia algun otro plan de aseguranza?

Si _____ No _____ Si marco si favor de completar la siguiente informacion

Nombre de la Aseguranza Secundaria: _____

Nombre del Miembro de la Aseguranza: _____Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Miembro/Seguro Social#: _____

Grupo # Fecha que comenzo la aseguranza: _____

Miembros de la familia bajo esta aseguranza: _____

_____

Tipo de covertura (selecciona las que aplican):

_____ Medico _____ Dental _____ Vision _____ Prescripciones

Si esta divorciado o separado legalmente, esta decretado especificamente cual de los Padres es responsable de proveer aseguranza medica y/o dental para los ninos:

Si _____ No _____

Certifico que este document contiene informacion veridical, correcta y completa.

Firma del Asegurado _____ Fecha: _____

AUTORIZACION INDIVIDUAL DEL PACIENTE PARA USAR O COMPARTIR INFORMACION DE LA SALUD PROTEGIDA

Absolute Dental participa en una red de proveedores de la salud que aceptan pagos por servicio dental y otros servicios de la salud por medio de Care Credit y otras formas de financiamiento o plan de pagos con una o varios afiliados a Absolute Dental. Si usted esta interesado en saber más acerca de formas de financiamiento para su tratamiento dental favor de completar la siguiente forma y firmarla. Al hacerlo usted autoriza a Absolute Dental a usar o compartir cierta información de su salud protegida para determinar si pre-califica con una o varias de las formas de crédito que tenemos en Absolute Dental.

1. PACIENTE (O REPRESENTANTE PERSONAL) CONFIRMANDO LA AUTORIZACION

Por favor comparta la siguiente información. Si usted está completando esta forma por un paciente que su información de salud protegida está sujeta a esta autorización, por favor comparta la siguiente información del paciente:

Nombre del Paciente: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Numero Telefónico: _____

Buzón Electrónico: _____

Número de cuenta del paciente_____

2. AUTORIZACION DE USO Y/O DIVULGACION

A firmar esta forma, Yo voluntariamente doy mi autorización de usar o divulgar los siguientes tipos de Información de Salud Protegida, sujeta a los siguientes términos y condiciones:

Información de Salud Protegida en esta autorización: Yo autorizo a Absolute Dental a usar o divulgar los siguientes tipos de Información de la Salud Protegida con el propósito descrito en esta forma:

*Nombre, segundo nombre y apellido.

* Dirección, incluyendo ciudad, estado y código postal.

*Número de teléfono.

*Correo electrónico.

*Número de seguro social.

Quien Puede Usar, Divulgar, o Recibir mi Información de la Salud Protegida: Yo autorizo a Absolute Dental a usar o divulgar mi Información de la Salud Protegida para los propósitos descritos en esta forma. Yo autorizo a los afiliados crediticios de Absolute Dental y a las agencias de consumo el uso de mi Información de Salud Protegida recibida por parte de Absolute Dental con el propósito descrito en esta forma.

Propósito del Uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida: Yo Autorizo el uso o divulgación de mi Información de Salud Protegida [ara los siguientes propósitos:

- Permito a Absolute Dental, Proveedores Afiliados de Crédito y sus negocios asociados de verificar mi historial de crédito para determinar si pre-califico para forma de financiamiento o forma de pago por medio de algún Proveedor de Crédito para pagar mi tratamiento dental en Absolute Dental.
- Permito a Absolute Dental y Asociados de negocios se me envié comunicación de propaganda acerca de financiamiento o planes de pago con cualquier Proveedor Crediticio y acepto ser pre-calificado.

3. ELIMINACION DE LA AUTORIZACION

Esta autorización terminara cuando concluya mi tratamiento dental con Absolute Dental. Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento otorgando por escrito esta noticia al Oficial de Privacidad de Absolute Dental. Sin embargo, Yo entiendo que no podre revocar esta autorización o sus acciones hasta que se reciba por escrito la noticia de que quiero revocar esta autorización. Agregando, Yo entiendo que si estoy dando esta autorización como condición para obtener cobertura de aseguranza, y revoco esta autorización, la compañía de mi seguro dental tiene el derecho de disputar mis reclamos bajo la póliza de mi seguro dental.

4. EL FIRMAR ESTA AUTORIZACION NO ES UNA CONDICION PARA SU TRATAMIENTO

Yo entiendo que Absolute Dental no condiciona mi tratamiento dental en la firma de esta autorización. Si yo no firmara esta autorización, Yo podría continuar recibiendo tratamiento dental en Absolute Dental sin ninguna consecuencia o penalidad.

5. POSIBILIDAD DE DIVULGACION POSTERIOR

Yo entiendo que información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada posteriormente por el recipiente. Reglas federales de privacidad puede que no protejan la privacidad de mi información de salud una vez que el recipiente divulgue posteriormente mi información de salud.

6. FIRMA INDIVIDUAL DEL PACIENTE.

Yo he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este documento de autorización y estoy de acuerdo con todas las declaraciones en esta autorización. Yo entiendo que, al firmar este documento, yo estoy confirmando mi autorización para usar y/o divulgar mi información protegida de salud descrita en este documento con las personas y/o organizaciones nombradas en este documento. Si no fuera el paciente completando esta forma, Yo declaro que soy el representante personal del paciente y tengo la autoridad legal de firmar esta forma por el paciente y autorizar el uso y divulgación de la Información de salud Protegida del paciente estipulado en esta forma. Toda la información otorgada es verídica y real a mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Si este documento de autorización es firmado por un representante personal del paciente:

Nombre del representante personal:

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____

USTED TIENE EL DERECHO DE OBTENER UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO DESPUES DE HABERLO FIRMADO.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA O DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE ACCEDER ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEA ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE.

Esta noticia toma efecto Julio 29, 2022, y permanece en efecto hasta que sea modificada o reemplazada.. Esta version reemplaza cualquier edicion previa.

Esta noticia es requerida por la ley para informar como Absolute Dental y afiliados ("Absolute Dental") protégé la confidencialidad de la informacion obtenida de el cuidado de su salud . Infornacion Protegida de la Salud (PHI) es definida como la informacion individual de identidad acerca del historial clinico, mental o condicion sicologica o tratamiento. Algunos ejemplos de PHI incluyen su nombre, direccion, telefono o numero de fax, correo electronico, numero de seguro social o algun numero de identificacion, fecha de nacimiento, dia de tratamiento, historial de tratamiento, radiografias, registro de reclamos. Absolute Dental recibe, utiliza y revela su PHI para admisnistrar su plan de beenficios o como sea permitido o requerido por la ley. Cualquier otra information revelada/divulgada acerca de PHI sin su autorizaciion esta prohibida.

1. NUESTRA PROMESA EN REFERENCIA A SU INFORMACION DENTAL

La privacidad de su información dental es importante para nosotros. Nosotros entendemos que su información medica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un registro del cuidado y servicio que usted recibe en nuestra oficina dental. Nosotros necesitamos este registro para proveerle cuidado de calidad y cumplir con ciertos requerimientos legales. Este aviso le informara acerca de las maneras en que podemos usar y compartir su información dental.
También describimos sus derechos y ciertos deberes que tenemos en referencia al uso y divulgación de información dental. A través de este aviso nos referimos a su información medica como información dental.

2. NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos requiere que:

1. Mantengamos su información dental privada.
2. Que le demos este aviso describiendo nuestros deberes legales, prácticas de privacidad, y sus derechos referentes a su información dental.
3. Que sigamos los términos de este aviso
4. Que le avisemos si hay una violación de su información dental cuando la ley lo

requiera. Nosotros tenemos el derecho de:

1. Cambiar las prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, proveyendo que los cambios sean permitidos por la ley.
2. Hacer los cambios de nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso efectivo para toda la información dental que mantenemos, incluyendo información previamente creada o recibida antes de los cambios.

Aviso de cambios a las prácticas de privacidad:

1. Antes de que hagamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, nosotros cambiaremos este aviso y haremos el Nuevo aviso disponible cuando usted lo pida.

3. USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION DENTAL

La siguiente sección describe las diferentes maneras en que nosotros usamos y divulgamos la información dental. Para cada tipo de uso o divulgación, nosotros explicaremos a que nos referimos y daremos un ejemplo. No todo el uso o divulgación estará enlistado. Sin embargo, hemos enlistado todas las maneras diferentes en que estamos permitidos usar y divulgar la información dental. Nosotros no usaremos o divulgaremos su información dental para ningún propósito no enlistado abajo sin su autorización por escrito. La mayoría del uso y divulgación de su información dental para propósitos de publicidad y divulgaciones que constituyen la venta de información dental será hecha solo con su autorización por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted provea puede ser revocada en cualquier momento a través de someter un aviso por escrito a la dirección provista en este aviso.

PARA EL TRATAMIENTO: Podemos usar la información dental de usted para proveerle tratamiento o servicios dentales. Es posible que divulguemos información dental sobre usted a doctores, enfermeras, técnicos, u otra gente que este encargándose de su cuidado dental. Es posible que compartamos su información dental a otros proveedores de salud para asistir en tratarlo.
PARA PAGO: Podemos usar y divulgar su información dental para el propósito de pagos. Un reclamo puede ser mandado a un tercer partido. La información en el reclamo o acompañando el reclamo puede incluir su información dental.
PARA OPERACIONES DEL CUIDADO DE SALUD: Podemos usar y divulgar su información dental para nuestra operación de cuidado de salud. Esto puede incluir medir y mejorar la calidad, evaluar el desempeño de los empleados, conducir programas de entrenamiento, y obtener la acreditación, certificados, licencias y credenciales que necesitamos para servirle.
USOS Y DIVULGACION ADICIONALES: Además de usar y divulgar su información dental para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, es posible que usemos y divulguemos su información dental debido a los siguientes propósitos:

Notificaciones: Podemos usar y divulgar información dental para notificar o ayudar a notificar: a un miembro familiar, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Si usted está presente, obtendremos su permiso si es posible antes de compartir, o le daremos la oportunidad de negar el permiso. En caso de emergencia, y si usted no puede o niega el permiso, solo compartiremos información de salud que sea directamente necesaria para su cuidado de salud, de acuerdo con nuestro juicio personal. Nosotros también usaremos nuestro juicio personal para tomar decisiones en su mejor interés acerca de permitirle a alguien que recoja medicina, suministros dentales, rayos equis u otra información dental por usted.

REACHES en Circunstancias Limitadas: Podemos usar información médica para el propósito de investigación en circunstancias limitadas. En donde la investigación ha sido aprobada por una junta de revisión que ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información dental.

Director de Funeral, Forense: Para ayudarles a llevar a cabo sus deberes, es posible que compartamos la información dental de una persona que ha fallecido con un forense, examinador médico, director de funeral, o una organización de obtención de órganos.

Funciones Especializadas de Gobierno: Sujeto a ciertos requerimientos, es posible que divulgamos u usemos información dental al personal militar y veteranos, debido a la seguridad nacional y actividades de inteligencia, para servicios de protección para el Presidente y otros, para determinaciones médicas para el Departamento del Estado, para instituciones correccionales y otras situaciones custodiales de oficiales de la ley, y para los programas de gobierno que provén

beneficios públicos.

Ordenes de la Corte, Procedimientos Judiciales y Administrativos: Podemos divulgar información dental en respuesta a una orden administrativa de la corte, ordenes legales, petición de descubrimiento, u otros propósitos de la ley, bajo ciertas circunstancias, bajo circunstancias limitadas, tal como ordines de la corte, ordenes legales, o un gran jurado, es posible que compartamos su información dental con oficiales de la ley. Es posible que compartamos información limitada con oficiales de la ley referente a la información dental de un sospechoso, fugitivo, testigo material, víctimas de crímenes o personas perdidas. Es posible que compartamos la información dental de un preso(a) u otra persona de custodia legal con oficiales de la ley o instituciones correccionales bajo ciertas circunstancias.

Actividades Públicas de Salud: Como lo es requerido por la ley, es posible que divulguemos su información dental a autoridades públicas de salud o legales encargadas de con prevenir o controlar enfermedades, lesiones o deseabilidades, incluyendo el abuso o negligencia de menores. Es posible que divulguemos su información dental a personas sujetas a la jurisdicción de la Administración de Comida y Drogas. Es posible que también, cuando estamos autorizados por la ley, que notifiquemos a una persona que pudo haber sido expuesto a una enfermedad comunicable u de otra manera en riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o condición.

Víctimas de Abuso, Negligencia, o Violencia Domestica: Es posible que usemos y divulguemos información dental a las autoridades apropiadas si nosotros razonablemente creemos que usted posiblemente sea una víctima de abuso, negligencia, o violencia doméstica o posiblemente la victima de otros crímenes. Es posible que compartamos su información dental si es necesario para prevenir una amenaza seria a su salud o seguridad o la seguridad de otros. Es posible que compartamos su información dental cuando sea necesario para ayudar a oficiales de la ley para capturar a una personal quien ha admitido ser parte de un crimen o que ha escapado de la custodia legal.

Compensación a los Trabajadores: Es posible que divulguemos su información dental cuando estemos autorizados o sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas a la compensación a los trabajadores u otros programas similares.

Actividades de Salud Supervisadas: Es posible que divulguemos su información dental a una agencia que provea supervisión de salud o supervisión de actividades autorizadas por la ley, incluyendo auditorias, investigaciones civiles, administrativas o criminales o procedimientos, inspecciones, licenciaturas o acciones disciplinarias, u otras actividades autorizadas.

LAW ENFORCEMENT: Bajo ciertas circunstancias, es posible que divulguemos su información dental a oficiales de la ley. Estas circunstancias incluyen reportar requerimientos de ciertas leyes (tal como el reporte de ciertas heridas) de acuerdo a ciertas ordenes u otras ordenes de la corte, el reportar información limitada referente a la identificación y localidad a la petición de los oficiales de la ley, reportes referentes a víctimas sospechosas a la petición de oficiales de la ley reportando fallecimiento, crímenes en nuestra propiedad, y crímenes en emergencias.

Recordatorios de Citas: Es posible que divulguemos información dental para el propósito de mandar tarjetas de citas para recordarle de sus citas.

Servicios Dentales Alternativos y Adicionales: Es posible que usemos y divulguemos información dental para proveerle con información acerca de beneficios de salud relacionados y servicios que pueden ser de interés para usted, y para describir o recomendar tratamientos alternativos.

4. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene el derecho de:

1. Ver u obtener copias de ciertas partes de su información dental. Usted puede pedir que le proveamos copias en un formato diferente a fotocopias. Nosotros usaremos el formato que usted pida a menos que no sea practico para nosotros. Usted también tiene el derecho de recibir una copia electrónica de su información dental si los registros son mantenidos electrónicamente. Usted debe hacer su petición por escrito. Usted puede obtener las formas para pedir acceso usando la información de contacto enlistada al final de este aviso. Usted también puede pedir acceso mandando una carta al contacto enlistado al final de este aviso. Si usted pide copias, se le cobrara una cuota de $25.00 y estampillas si usted quiere que se le manden los registros por correo. Nos puede contactar usando la información enlistada al final de este aviso para una explicación completa de la estructura de nuestras cuotas.
2. Recibir una lista de las ocasiones en que nosotros o nuestros asociados comparten su información dental para el propósito de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud y otras excepciones específicas.
3. Pedir que pongamos restricciones adicionales en el uso o divulgación de su información dental. Excepto como especificado en este párrafo, no estamos requeridos a estar de acuerdo a estas restricciones adicionales, nos acataremos a este acuerdo (excepto en caso de emergencia). Estamos requeridos estar de acuerdo a su petición de restringir la divulgación a planes de salud si la divulgación es para pagos u otras operaciones de cuidado de salud y pertenecen solamente a el cuidado de salud de un servicio por el cual usted ha pagado de su bolsillo y por completo, excepto en donde se requiera por la ley.
4. Pedir que nos comuniquemos con usted acerca de su información dental en diferentes maneras o en diferentes localidades. Su petición de que nos comuniquemos con usted sobre su información dental de maneras diferentes o localidades diferentes debe ser hecho por escrito y mandado a el contacto y la dirección provista al final de este aviso.
5. Pedir que cambiemos ciertas partes de su información dental. Es posible que neguemos su petición si nosotros no creamos la información que usted quiere que cámbienos o por otras razones. Si negamos su petición, le proveeremos con una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de desacuerdo que será agregado a la información que usted quería cambiar. Si aceptamos su petición de cambiar la información, haremos esfuerzos razonables para avisarles a otros, incluyendo la gente que usted nombre de cambiar e incluir el cambio en cualquier información que compartan en el futuro.
6. Si usted ha recibido esta forma electrónicamente y desea recibir una copia impresa, usted tiene el derecho de obtener una copia impresa pidiéndolo por escrito mandando su petición a la dirección de contacto al final de este aviso.

5. PREGUNTAS Y SUGERENCIAS

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta noticia o si sospecha que se han violado sus derechos de privacidad, porfavor contactenos.

Usted podria someter si tuviera algun reclamo a Absolute Dental o con la Secretaria de Salud y de Servicios Humanos de Estados Unidos si usted piensa que Absolute Dental a violado sus derechos de privacidad. Reclamos a Absolute Dental deberan de ser sometidos notificandonos a la informacion indicada en la parte siguiente. No habra represalias en contra de usted al someter un reclamo.

6. INFORMACION
En absolute Dental nos puede contactar al (702) 291-2031, o nos puede escribir o mandar un correo electronico acerca de reclamos o de cualquier informacion contenida en esta noticia .

Absolute Dental
8370 W Cheyenne Ave Ste 103
Las Vegas, NV 89129
(702) 291-2031
info@absolutedental.com

7. FECHA EFECTIVA
Esta noticia es efectiva el dia y depues de Octubre 13,2015.

Cambios recientes a esta noticia:
• Aclarando que la privacidad de politicas de Absolute Dental refleja requerimientos federales y estatales. - efectivo Julio 29, 2022
• Aclarando que las partes referidas a "ABSOLUTE DENTAL Y A SUS AFILIADOS" - efectivo Julio 29, 2022

Nota: La privacidad de las practicas de Absolute Dental refleja la ley federal aplcable asi como es tambien conocida como ley de el estado y regualciones. Si aplicara la ley de el estado protegera la informacion mas que la ley federal de la privacidad, Absolute Dental protégé la informacion en conjunto y como estipula la ley de el estado.

ACERCA DE ABSOLUTE DENTAL Y AFILIADOS
"Absolute Dental" conocido como Absolute Dental & Orthodontics Prada, PLLC, y su "Entidad cubierta" Bajo la Aseguranza de Salud Potabilidad y Acontabilidad en el Acto de 1996 (HIPPA) bajo 45 45 CFR § 160.103, ofreciendo y administrando servicios dentales por medio de las operaciones clinicas en el Estado de Nevada, con el proposito de cumplir con el principal rol de privacidad de HIPPA, Absolute Dental & Orthodontics Prada, PLLC, y todas las futuras subsidiarias deberan asignar como una sola "Asociacion de Entidad Encubierta" bajo 45 C.F.R. § 164.105(b) and (c).
Designando collectivamente como a "Absolute Dental & Orthodontics Prada, PLLC, Afiliados de Entidad Encubierta " ("ADOP ACE")"Absolute Dental y Afiliados" incluye las siguientes entidades como miembros de ADOP ACE:
1. Northern Nevada Specialty Prada, PLLC
2. Northern Nevada General Dentistry Prada, PLLC
3. Southern Nevada Specialty Prada, PLLC
4. Southern Nevada General Dentistry Prada, PLLC

Futuros afiliados son Absolute Dental Group, LLC, una compania de servicio y negocios asociados a Absolute Dental & Orthodontics Prada, PLLC, que performan ciertas funciones o actividades que envuelven el uso y distribucion de informacion de la salud protegida en representacion de, servicios otorgados, a la entidad encubierta . *See*, 45 CFR 164.502(e), 164.504(e), 164.532(d) and (e).

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y POLIZA DE TRATAMIENTO PARA LA OFICINA

Nombre del Paciente: _____

Iniciales en cada uno

ASEGURANZA Y PAGOS

____Como cortesía para usted, estaremos encantados de enviar sus reclamos dentales en su nombre. Sin embargo, presentar su reclamo dental no es una garantía de pago por el servicio(s) realizado, usted es todavía responsable por el pago de sus servicios. No sabemos si su compañía de seguro pagara hasta que la reclamación real sea presentada y procesada. Muchos planes tienen exclusiones y limitaciones que afectaran sus gastos de bolsillo. Por favor, entienda que nuestra responsabilidad es proporcionarle a usted y a su familia el tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades y no tratamos de igualar su atención con las limitaciones o beneficios del plan de seguro. Nuestro personal le ayudara a obtener los máximos beneficios de seguro dental y tratara de verificar la cobertura que su plan en particular proporciona. Es su responsabilidad conocer sus beneficios dentales. Los copagos y deducibles se deben pagar en el momento en que se proporciona el servicio. Si su compañía de seguro dentales no es recibido en 90 días después de la fecha del servicio, la totalidad del saldo se debe a usted. A continuación, puede impugnar la reclamación y obtener el reembolso directamente de su compañía de seguros. Entiendo que este plan de tratamiento es SOLO una ESTIMACION de la cobertura y no una garantía de pago. Los cargos no pagados por mi seguro son mi responsabilidad. Habiendo 2 seguros pueden reducir su bolsillo de los co-pagos de su seguro primario, ninguna garantía de que los cargos serán pagados en su totalidad. Usted podría ser elegible para financiamiento o un plan de pagos al darlos el consentimiento de pre-calificarlo para un tipo de arreglo de pago.

COSTOS ADICIONALES NO CUBIERTOS POR ASEGURANZA

_____Entiendo que si elijo COSTOS ADICIONALES NO CUBIERTOS POR ASEGURANZA, no hare a Absolute Dental responsable de recolectar de mi seguro ya que Los COSTOS ADICIONALES NO CUBIERTOS POR ASEGURANZA no son un beneficio cubierto. He sido informado del tipo de COSTOS ADICIONALES NO CUBIERTOS POR ASEGURANZA he seleccionado.

COMUNICACIONES

_____ Autorizo expresamente el recibir llamadas y mensajes, incluyendo llamadas automatizadas y mensajes de llamadas pregrabadas, mensajes SMS (incluyendo mensajes de texto) por parte de Absolute Dental, Agentes afiliados, y personas llamando o comunicandose por parte de Absolute Dental, a cualquier numero que haya proporcionado a Absolute Dental (incluyendo numeros celulares). Yo entiendo que estas llamadas y mensajes pueden incluir, y no limitarse a, citas agendadas, confirmaciones y recordatorios, y communication promoviendo la salud dental en general y opciones de tratamiento por parte de Absolute Dental, asi como tambien mensajes promocionando opciones de planes de pago disponibles por colaboradores de Absolute Dental. Entiendo que mi consentimiento no esta condicionado a un servicio o compra. Tambien entiendo que mi numero cellular que di en Absolute podria ocasionar algun cargo por la comunicacion recibida, dependiendo de el plan que tenga, la mayoria de la informacion compartida no sera confidencial lo cual incrementa el possible riesgo de intercepcion en transmission de informacion protegida de la salud. Entiendo que puedo terminar la suscripcion de recibir mensajes o llamadas con tan solo responder STOP, STOPALL, UNSUBCRIBE,CANCEL, END or QUIT a cualquier mensaje que haya recibido por parte de Absolute Dental.

CANCELACION DE CITA/PERDIDO

_____Las cancelaciones de ultimo minute negar otros pacientes el beneficio del tratamiento que necesitan. Apreciamos tanto aviso como sea posible si necesita cambiar una cita. Entendemos, ocasionalmente, una emergencia se presente a sí mismo, por lo tanto no puede ser capaz de cancelar su cita dentro de un plazo razonable. Le rogamos que cancele su cita dentro de un plazo de 24 horas de antelación. Los pacientes que son incapaces de hacerlo se cobrara una cuota de $50.00 general cita o $50.00 de especialista cita para las cancelaciones hechas con menos de 24 horas de anticipación. También nos reservamos el derecho de despedir a cualquier paciente debido a citas perdidas.

_____Yo el paciente o tutor, autorizo al proveedor para que realice el procedimiento(s) o el (los) curso(s) de tratamiento indicados en el "plan de tratamiento". Entiendo mi condición dental y hemos hablado de varias opciones de tratamiento con el dentista. He recibido una copia del plan de tratamiento dental.

_____Entiendo los riesgos inherentes en el tratamiento(s). He discutido estos riesgos con el dentista. El dentista ha abordado todas las preguntas y preocupaciones que he presentado. Entiendo que los resultados esperados del procedimiento(s) o el (los) curso(s) de tratamiento. Entiendo que estos resultados no pueden ser garantizados y no pueden ser alcanzados. Soy consciente de mi derecho a renunciar al tratamiento de cualquier tipo y soy consciente de las posibles consecuencias de la falta de tratamiento.

_____Yo he expuesto mi historial médico información, incluyendo alergias, reacciones a medicamentos, enfermedades, y en los procedimientos. Entiendo que la ocultación de esta información puede afectar al resultado del procedimiento(s) o el(los) curso(s) de tratamiento.

_____Autorizo al proveedor y cualquier otros calificados asistentes o profesionales médicos para realizar el procedimiento(s) o de tratamiento(s) que figuran el "plan de tratamiento". Yo también doy mi consentimiento para que estos individuos para administrar cualquier medicina y realizar ninguna obligatoria para salvar la vida de los procedimientos.

_____Autorizo a cualquier necesario para salvar la vida de los procedimientos que se realicen en caso de una emergencia durante el procedimiento(s) o el (los) curso(s) de tratamiento. Entiendo que una transfusión de sangre puede ser parte de un procedimiento de salvamento y doy mi consentimiento para el necesario análisis de sangre. Doy mi consentimiento para la administración de cualquier medicamento que pueda ser requerida como medida para salvar vidas.

_____Confirmo que tengo entendido este formulario y la información en el contenida. Soy un hablante nativo de español o se han ofrecido los servicios de un personal cualificado en el traductor que ha explicado la información en mi lengua materna.

OTRO

___ Doy mi consentimiento para el uso de mi imagen personal y semejanza, incluyendo pero no limitado a imágenes que representan y representan el tratamiento que me proporciona y el efecto del mismo, por Absolute Dental para cualquier uso legal por parte de Absolute Dental que considere apropiado en relación con mi condición de salud actual, diagnóstico y tratamiento. Entiendo que Absolute Dental hará todos los esfuerzos razonables para salvaguardar mi privacidad según lo exija la ley aplicable, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

___ Doy mi consentimiento para el uso de mi imagen personal y semejanza, incluyendo pero no limitado a imágenes que representan y representan el tratamiento que me proporciona y el efecto del mismo, por Absolute Dental para cualquier uso legal por parte de Absolute Dental que considere apropiado, incluyendo la publicidad de sus servicios al público en general (incluyendo a través de las redes sociales y medios electrónicos), ilustración y publicación al público en general con fines educativos. Yo por la presente renuncio a todos y cada uno de los derechos sobre mi imagen o cualquier imagen de mí obtenida por cualquier medio fotográfico o digital por Absolute Dental durante el curso de mi tratamiento. Entiendo que no tengo derecho a ninguna consideración, remuneración o pago por el uso de mi imagen en ningún material publicitario, promocional o educativo. Entiendo que cualquier imagen o semejanza mía puede ser alterada antes de su uso si Absolute Dental lo considera apropiado.Entiendo y acepto que no tengo derecho a que se me consulte o apruebe dichas modificaciones antes de que se use mi imagen. Entiendo que Absolute Dental hará todos los esfuerzos razonables para salvaguardar mi privacidad según lo requiera la ley aplicable, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo, sin embargo, que Absolute Dental no puede garantizar mi total privacidad en caso de que mi imagen o semejanza sea utilizada por terceros. Entiendo y acepto que Absolute Dental puede usar información sobre mi condición de salud, incluida información sobre mi diagnóstico, curso de tratamiento, mi fecha de nacimiento y/o edad y mis otras condiciones médicas relevantes, para describir el tratamiento que se me brindó como se describe en cualquier imagen mía.

X_____ X _____

Paciente/Tutor Firma Fecha Personal de Oficina/Testimonio Firma Fecha

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL TRATAMIENTO Nombre del paciente_____

Al leer y firmar este documento yo entiendo que el español es el idioma que yo entiendo y uso para comunicarme.

(iniciales)_____

[] 1. MEDICAMENTOS Y ANESTESIA:

Yo entiendo que los antibióticos, analgésicos, y otros medicamentos pueden causar acciones adversas, algunos de los cuales son, pero no está limitado a, rojez, hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vomito, mareo, aborto espontaneo, paro cardiaco.

Yo entiendo que los medicamentos y analgésicos pueden causar mareo y falta de coordinación, lo cual puede ser aumentado por el uso de bebidas alcohólicas u otras drogas. Se me ha advertido de no consumir bebidas alcohólicas, no operar ningún vehículo o aparatos peligrosos mientras esté tomando medicamentos y/o drogas, o hasta que esté completamente recuperado de sus efectos (esto incluye un periodo de veinticuatro horas (24) después de que salga de mi cirugía.

Yo entiendo que ocasionalmente, después de la inyección de un anestésico local, puedo tener entumecimiento prolongado, anestesia persistente, y/o irritación en el área de la inyección.

Yo entiendo que, si elijo utilizar el óxido nitroso, "Atrax", Chloral, "Xanax", o cualquier otro sedativo, los posibles riesgos incluyen, pero no está limitado a; perdida de conciencia, obstrucción de las vías respiratorias, choque anafiláctico, paro cardiaco. Yo entiendo que alguien necesita llevarme a casa de la oficina dental después de que reciba sedaciones. Yo también entiendo que alguien necesita cuidarme por un periodo de 8 a 10 horas después de mi cita dental, para observar por posibles efectos secundarios, tal como obstrucción de las vías de respiración.

(Iniciales)_____

[] 2. HIGIENE Y PERIODONCIA (PERDIDA DE TEJIDO Y HUESO):

Yo entiendo que el éxito a largo plazo del tratamiento y el estado de mi condición oral depende de mí esfuerzos de higiene oral apropiada (eje, cepillarme los dientes y usar el hilo dental) y el mantener visitas regulares con mi dentista.

PERIODONCIA: Yo entiendo que tengo una condición seria, lo cual causa inflamación de los tejidos de mi encía y huesos y/o perdida, y que esto puede llevar a la perdida de mis dientes y otras complicaciones. Varios planes de tratamiento se me han explicado, incluyendo cirugía de los tejidos, reemplazo y/o extracciones. Yo también entiendo que, aunque estos tratamientos tienen un nivel de alto éxito, no pueden ser garantizados. Ocasionalmente, dientes tratados pueden requerir extracciones.

(Iniciales)_____

[] 3. EXTRACCION DE DIENTES:

Entiendo que el propósito del procedimiento/cirugía es el de dar tratamiento y posiblemente corregir mis tejidos orales dañados. El médico me ha aconsejado que, si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía, mi condición oral presente probablemente empeorara con el tiempo.

Los riesgos potenciales incluyen, pero no está limitado a lo siguiente:

A. Incomodidad posoperativa; hinchazón, sangramiento prolongado; sensibilidad del diente al calor o al frio; encogimiento de las encías (posiblemente exponiendo los márgenes de la corona), perdida de dientes, recuperación retrasada (casquillo seco) y/o infección (requiriendo recetas médicas o tratamiento adicional; por ejemplo: la cirugía).
B. Lesión a los dientes adyacentes, empastes o rellenos (requiriendo recomendación de coronas, reemplazamiento de rellenos, fabricación de coronas, o extracción) o lesión a los dejados no dentro del área de cirugía.
C. Limitación de la apertura, rigidez de los músculos faciales o del cuello, cambio en la mordida, o articulación temporomandibular (coyuntura de la quijada) dificultad (posiblemente requiriendo terapia física o cirugía).
D. Fragmentos residuales de raíces o espículas de hueso que se quedaron atrás cuando la eliminación completa puede que requiere cirugía extensa o complicaciones quirúrgicas innecesarias.
E. Apertura de los senos maxilares (una cavidad normal localizada por los dientes de arriba) requiriendo cirugía adicional.
F. Lesión al nervio subyacente a los dientes resultando en comezón, entumecimiento, o quemazón del labio, barbilla, tejidos de la encima, cachete, dientes, y/o lengua en el lado de la operación; esto puede persistir varias semanas, meses, o en situaciones remotas, permanentemente.

(Iniciales)_____

Doy mi consentimiento al doctor de realizar el tratamiento/procedimiento/cirugía que se me explico previamente, u otros procedimientos considerados necesarios OR recomendables como necesarios para completar la operación planeada.

Si alguna condición no prevista ocurre en el curso de la operación, requiriendo el juicio del doctor o por procedimientos además de/o diferentes a aquellos ahora contemplados, yo pido y autorizo al doctor de hacer lo que sea el considere recomendable, incluyendo una referencia a otro dentista o especialista. Yo también entiendo que el costo de esta referencia se mi responsabilidad.

(Iniciales)_____

[] 4. RELLENOS:

Se me ha recomendado que necesito rellenos, ya sea plateados (amalgama) o compuestos (resina), para reemplazar la estructura de mi diente perdida o dañada. Yo entiendo que con el tiempo los rellenos puede que necesiten ser reemplazados debido al desgaste del material. En casos en donde ay muy poquita estructura del diente, o estructuras fracturadas de dientes, puede que necesite recibir un tratamiento más extensivo (tal como terapia de endodoncia, poste y construcción, y/o corona), lo cual necesitaría un cargo separado.

Yo entiendo que la restauración plateada de amalgama es un material aceptable de acuerdo con las pautas de la Asociación Dental Americana, así como tal, es un tratamiento usado por dentistas. Las ventajas y desventajas de materiales alternos se me han explicado.

.

(Iniciales)_____

[] 5. TRATAMIENTO ENDOCONTICO (TERAPIA DE ENDODONCIA):

El propósito y método de la terapia endodóntica se me ha explicado, así como también tratamientos alternos razonables, así como también las consecuencias de no tratarme. Yo entiendo que después de la terapia endodóntica mi diente será frágil y debe ser protegido en contra de fracturas al colocar una corona encima del diente.

Yo entiendo que los riesgos del tratamiento incluyen, pero no está limitado a:

A. Incomodidad posoperativa que puede durar unas cuantas horas o varios días, para la cual se recetaran medicamentos si el medico lo considera necesario.
B. Hinchazón posoperativa en el área de la encima, alrededor del diente tratado o hinchazón facial, las cuales pueden persistir por varios días o más.
C. Infección.
D. Apertura restringida de la mandíbula.

E. Rompimiento de los instrumentos del conducto radicular durante el tratamiento, los cuales en la opinión del doctor se pueden dejar en el conducto radicular tratado o hueso como parte del material del relleno; o tal vez pueda necesitar cirugía.
F. Perforación del canal radicular con instrumentos, los cuales podrían necesitar tratamiento quirúrgico adicional o resultar en la perdida prematura o extracción del diente.
G. Riesgo de entumecimiento temporal o permanente en el área tratada.

Entiendo que si un procedimiento de pulpotomía o "abrimiento y medicación" se lleve a cabo no es un tratamiento permanente y que necesito pagar por este servicio y terminar la terapia de endodoncia. Si el tratamiento de endodoncia no es finalizado, me expongo a una infección y/o la pérdida del diente.

Si no se lleva a cabo la terapia de endodoncia, el tratamiento podría tener que repetirse, se podría necesitar otra cirugía diferente del conducto radicular o el diente tendría que ser extraído.

(Iniciales)_____

[] 6. CORONA Y PUENTE (EMPASTES):

Yo entiendo que algunas veces no es posible combinar el color natural del diente exactamente con los dientes artificiales. Yo entiendo que, enocasiones, durante la preparación de un diente par la corona, puede suceder la exposición de la pulpa, lo cual necesitaría posiblemente terapia deendodoncia.

Yo entiendo que al igual que los dientes naturales, las coronas y puentes necesitan mantenerse limpios, con una higiene oral adecuada, de otramanera se pueden desarrollar caries por debajo y/o alrededor de los márgenes de la restauración, lo cual puede llevar a más tratamiento dental. Yo entiendo que si no regreso para mi ultima cita para la entrega final, a los pacientes que no tengan cuvertura de Medicaid, se me cobrara el 50% porciento de la porcion del paciente por el tiempo inicial y los costos incurridos.

(Iniciales)_____

[] 7. DENTADURAS – COMPLETAS O PARCIALES:

Se me han explicado los problemas de usar dentaduras postizas, incluyendo los aflojamientos, dolores y la posible ruptura y rebasamiento debidoal cambio del tejido. Las citas de chequeo son una parte integral del mantenimiento y el éxito de un aparato prostético. Los puntos persistentes dedolor deben ser examinados inmediatamente por el médico.

Entiendo además que la intervención quirúrgica para la extracción (por ejemplo, toros/hueso, contorno el hueso o implantes) podrían ser necesariospara que las dentaduras queden bien. Entiendo además que debido a la pérdida del hueso o a otros factores que compliquen la situación, quizásnunca pueda utilizar dentaduras a mi entera satisfacción. Yo entiendo que si no regreso para mi ultima cita para la entrega final, a los pacientes que no tengan cuvertura de Medicaid, se me cobrara el 50% porciento de la porcion del paciente por el tiempo inicial y los costos incurridos.

(Iniciales)_____

[] 8. ODONTOLOGIA INFANTIL:

Entiendo que los siguientes procedimientos se utilizan rutinariamente en esta oficina y que también son aceptados en la profesión dental:

A. REFUERZO POSITIVOS: Se premia al niño que exhiba un comportamiento deseable utilizando alabanzas dándole una palmadita o abrazo y/o regalitos o juguetes.
B. CONTROL DE LA VOZ: El doctor cambia el tono de voz o aumenta el volumen de la voz para lograr la atención de un niño disruptivo.
C. REPRESION FISICA: Es el restringir los movimientos disruptivos del niño deteniendo sus manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas, utilizando su mano o brazo el dentista o el asistente, o usando un aparato especial (llamado" la tabla de papoose").
D. OXIDO NITROSO Y/O SEDACION ORAL: El óxido nitroso es un gas suave que se mezcla con oxígeno y se utiliza para sedar a una persona. Se administra a través de una máscara colocada sobre la nariz del niño. Las sedaciones orales son medicamentos administrados a los niños para ayudarlos a relajarse. Con su uso, el padre o tutor debe entender que el niño no debe comer o tomar nada por un periodo de cuatro horas antes de la cita para la sedación. El padre o tutor debe estar disponible para acompañar al niño a casa después del procedimiento de sedación y observar su comportamiento a través del día.

Entiendo que, con la utilización de la inyección, utilizada para adormecer el área del diente para el procedimiento dental, existe la posibilidad de que el niño, sin darse cuenta, se muerda el labio causando una lesión.

Entiendo la necesidad de volver a la oficina, para que el niño sea evaluado, si no cesa la hinchazón o el dolor, después de un periodo suficiente de tiempo. Entiendo que existe las necesidades de volver a la oficina en un periodo de tres meses después del tratamiento de nervio(s) de un diente primario (diente de leche) para una evaluación y la posibilidad de que para entonces necesite una extracción.

(Iniciales)_____

ENTIENDO QUE NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTIA O SEGURIDAD QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERA CURATIVO O EXITOSO A MI ENTERA SATISFACCION. ESTOY DE ACUERDO EN COOPERAR COMPLETAMENTE CON LAS RECOMENDACIONES DEL DOCTOR MIENTRAS ESTOY BAJO SU CUIDADO, ENTIENDO QUE EL DEJAR DE HACERLO PODRIA RESULTAR EN RESULTADOS MENOS QUE FAVORABLES.

CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER ENTERDER COMPLETAMENTE LOS TERMINOS Y PALBRAS CONTENIDAS EN LA PRESENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA OPERACIÓN Y A LAS EXPLICACIONES REFERIDAS O HECHAS. SE ME HA ANIMADO A HACER PREGUNTAS, Y ME HAN CONTESTADO A MI ENTERA SATISFACION.

ENTIENDO QUE ESTOS SERVICIOS DENTALES SON PROPORCIONADOS SIN DESCRIMINACION BASADOS EN ORIGEN, RELIGION, COLOR, NACIONALIDAD, SEXO, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL, EDAD, O ESTADO CIVIL, Y PROTEGE LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES.

(Iniciales) _____

Firma:_____Relación: _____ Fecha: _____

Doctor:_____Testigo: _____