

Formulario de Consentimiento de HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos me son otorgados por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, los autorizo a usar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo o indirecto por parte de otros profesionales de la salud involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones diarias de atención médica de su consultorio.

También he sido informado y tengo derecho a revisar y obtener una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más detallada de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida, y mis derechos bajo la HIPAA. Entiendo que se reservan el derecho de modificar los términos de este aviso ocasionalmente y que puedo contactarlos en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se utiliza y divulga mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, pero que usted no está obligado a aceptar estas restricciones. Sin embargo, si las acepta, estará obligado a cumplirlas.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, el uso o la divulgación que se haya producido antes de la fecha de revocación no se verá afectado.

Firmado este _____ día de _____, 20_____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Parentesco con el paciente: _____

Firma: _____

Acuerdo con las Políticas y Prácticas de la Oficina

I. CITAS PERDIDAS. Los pacientes deben avisar con al menos cuarenta y ocho (48) horas de anticipación si no pueden asistir a una cita programada. El aviso debe darse durante el horario laboral habitual. El incumplimiento del aviso requerido, incluyendo cancelaciones el mismo día o la inasistencia a una cita programada ("no presentarse"), resultará en un cargo de \$100 por cita perdida. Este cargo se aplica para compensar al consultorio por el tiempo clínico reservado y los costos administrativos, y para brindar la oportunidad de atender a otros pacientes que necesiten atención.

El cargo por cita perdida puede eximirse en caso de una emergencia verificable e imprevisible, a discreción exclusiva del consultorio. Excepto en tales circunstancias, las cancelaciones tardías y las inasistencias estarán sujetas a un cargo de \$100.

II. GASTOS POR SERVICIO. Los honorarios por consulta no son reembolsables. Se aplicará un cargo por demora de \$50 si el pago no se recibe dentro de las dos (2) semanas posteriores a la fecha de vencimiento. Se aplicará un cargo por servicio de \$30 a cualquier cheque devuelto. La parte responsable se compromete a pagar todos los costos incurridos en el cobro de cuentas vencidas, incluyendo honorarios razonables de abogados. Se cobrará un cargo administrativo de \$100 por la tramitación de cualquier contrato de financiamiento; sin embargo, este cargo no se aplicará si el paciente completa el tratamiento en nuestra oficina. Se aplicará un cargo por cancelación del 20% a cualquier tratamiento financiado a través de CareCredit, Chase o Capital One en caso de cancelación del tratamiento.

III. CONSENTIMIENTO FINANCIERO. Acepto ser totalmente responsable del pago total de todos los honorarios por los servicios profesionales prestados por Aesthetic Smiles by Design, la oficina del Dr. Orffa Masso, DDS. He leído, comprendido y acepto plenamente los términos y condiciones aquí establecidos.

Firma de la parte financieramente responsable

Fecha

Nombre impreso de la parte financieramente responsable

Parentesco con el paciente

Consentimiento para el Tratamiento Dental

Nombre del dentista: Dr. Orffa Masso, DDS

Nombre del paciente: _____

Nombre de la parte responsable (si corresponde): _____ Parentesco: _____

Lea y coloque sus iniciales SOLO en los procedimientos marcados a continuación y luego firme.

Radiografías: *Entiendo que las radiografías dentales son una herramienta diagnóstica importante para detectar afecciones que podrían no ser visibles durante un examen clínico. Reconozco que las radiografías implican un bajo nivel de radiación y que se tomarán todas las precauciones necesarias para minimizar la exposición. Doy mi consentimiento para que mi dentista me tome radiografías dentales según lo considere necesario para el diagnóstico y la planificación del tratamiento.*

Iniciales del paciente o responsable: _____

Medicamentos: Entiendo que, como parte de mi tratamiento dental, podría recomendarse la prescripción de medicamentos (incluidos antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios u otros medicamentos necesarios). Reconozco que todos los medicamentos conllevan posibles riesgos y efectos secundarios, y afirmo haber informado de mi historial médico completo, incluyendo alergias y medicamentos actuales. Doy mi consentimiento para el uso de dichos medicamentos según lo considere necesario mi dentista tratante y me comprometo a tomarlos únicamente según lo prescrito.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Cambios en el plan de tratamiento: Entiendo que, durante el transcurso de mi tratamiento dental, podrían surgir imprevistos que requieran modificaciones al plan de tratamiento original. Reconozco que dichos cambios podrían afectar el tipo, la extensión o el costo del tratamiento. Un ejemplo común sería la necesidad de una endodoncia o una extracción dental durante o después de procedimientos restauradores. Doy mi consentimiento para cualquier ajuste necesario que mi dentista considere apropiado para garantizar una atención segura y eficaz, y entiendo que el Dr. Orffa Masso, DDS, hablará conmigo sobre cualquier cambio siempre que sea posible y seguro hacerlo.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Extracción de piezas dentales: Entiendo que la extracción de una pieza dental no siempre elimina una infección existente y que podría requerirse tratamiento adicional. Reconozco que la extracción dental conlleva ciertos riesgos, incluyendo, entre otros, dolor, inflamación, sangrado, infección o propagación de la infección, alveolitis seca (osteítis alveolar), fractura de mandíbula, disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) y entumecimiento, hormigueo o alteración de la sensibilidad en los dientes, labios, lengua o tejidos circundantes (parestesia), que suele ser temporal, pero puede ser permanente. Además, entiendo que pueden surgir complicaciones durante o después del procedimiento que podrían requerir tratamiento adicional por parte de un especialista y, en casos excepcionales, hospitalización, y que soy responsable financieramente de dicho tratamiento. Se me han explicado los riesgos, beneficios y alternativas a la extracción, incluyendo, entre

otros, endodoncia, coronas y cirugía periodontal. Con este conocimiento, autorizo voluntariamente al Dr. Orffa Masso, DDS, a extraer el/los siguiente(s) diente(s): _____.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Coronas, puentes y fundas: Entiendo que las coronas, puentes y fundas (en conjunto, "prótesis dentales") son restauraciones diseñadas para restaurar la función, la apariencia y la firmeza de mis dientes. Reconozco que el color final de la prótesis puede no coincidir perfectamente con el de los dientes circundantes y que se pueden colocar coronas o puentes temporales antes de la restauración permanente, que pueden aflojarse o desprenderse. Además, entiendo que, una vez entregada una prótesis dental, soy responsable de su cuidado y mantenimiento, incluyendo su reparación o reemplazo si se daña, se pierde o se rompe debido a mis acciones. Doy mi consentimiento para la colocación de coronas, puentes o fundas según lo recomendado por mi dentista y comprendo los riesgos, beneficios y alternativas asociados.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Dentaduras postizas (completas o parciales): Entiendo que las dentaduras postizas (prótesis dentales removibles, totales o parciales) están diseñadas para reemplazar los dientes faltantes y restaurar la función y la apariencia. Reconozco que las prótesis dentales pueden causar aflojamiento temporal, dolor, irritación o llagas en la boca, y que es posible que se rompan si se caen o se manipulan incorrectamente. Entiendo que la última oportunidad para realizar cambios en la forma, el ajuste, el tamaño, la colocación o el color de la prótesis es en la visita de prueba, y que la mayoría de las prótesis requieren un rebase dentro de los 3 a 12 meses posteriores a la entrega inicial para mantener un ajuste adecuado. Además, entiendo que el costo de cualquier rebase o ajuste futuro no está incluido en el precio inicial de la prótesis, y que soy responsable del cuidado, el mantenimiento y el manejo seguro de mis prótesis una vez entregadas. Además, entiendo que usar prótesis dentales puede ser difícil. Las molestias, el habla alterada y la dificultad para comer son problemas comunes. Las prótesis dentales inmediatas (colocación de prótesis inmediatamente después de una extracción) pueden ser dolorosas. Las prótesis dentales inmediatas pueden requerir ajustes considerables y varias realineaciones. Posteriormente, será necesaria una realineación permanente. Esto no está incluido en el precio de la prótesis dental. Entiendo que es mi responsabilidad regresar a la clínica para la entrega de la prótesis. Entiendo que si no acudo a mi cita de entrega, la prótesis podría quedar mal ajustada. Si se requiere una nueva prótesis debido a un retraso de más de 30 días, se aplicarán cargos adicionales. Doy mi consentimiento para la fabricación y colocación de la prótesis según lo recomendado por mi dentista y comprendo los riesgos, beneficios y alternativas asociados.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Tratamiento de endodoncia (tratamiento de conducto): Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto sea exitoso y que, además de la posibilidad de que el tratamiento fracase, pueden presentarse complicaciones como: separación de los instrumentos, inflamación, sensibilidad, sangrado, dolor, infección, decoloración de la piel, cambios en la mordida o trastorno de la articulación temporomandibular (TMJD), cambios temporales o permanentes en la sensibilidad del labio, la lengua, el mentón, las encías, las mejillas y los dientes. La Dra. Masso me ha explicado los riesgos, beneficios y alternativas (p. ej., extracción de la pieza dental) y la autorizo a proceder con el tratamiento endodóntico de la pieza dental n.º: _____.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Pérdida periodontal (tejido y hueso): Entiendo que me han diagnosticado enfermedad periodontal, que implica la pérdida de tejido gingival y hueso de soporte alrededor de los dientes. Reconozco que el tratamiento proporcionado en una clínica dental general, que incluye raspado, alisado radicular y otras terapias no quirúrgicas, puede ayudar a controlar la enfermedad, pero no puede restaurar completamente el tejido o el hueso perdido. Se ha analizado la derivación a un especialista en periodoncia como alternativa para una atención más avanzada. Entiendo que se me han explicado procedimientos quirúrgicos como cirugía de encías, injertos de encía/tejido o extracciones dentales, incluyendo sus riesgos, beneficios y alternativas. Además, entiendo que cualquier procedimiento dental, incluyendo cuidados de rutina, restauraciones o extracciones, puede afectar potencialmente mi condición periodontal, y que el mantenimiento, una buena higiene bucal y la atención profesional continua son esenciales para controlar la progresión de la enfermedad. Doy mi consentimiento para el tratamiento periodontal recomendado por mi dentista, comprendiendo las posibles limitaciones y riesgos.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Empastes: Entiendo que se debe tener especial cuidado al masticar sobre empastes nuevos, especialmente durante las primeras veinticuatro (24) horas, para reducir el riesgo de fractura o desprendimiento. Reconozco que durante el tratamiento se pueden descubrir caries adicionales que no eran visibles en las radiografías y que solo se pudieron detectar una vez que el Dr. Masso comenzó a eliminar la caries existente. En tales casos, podría ser necesaria una restauración más extensa y, por lo tanto, más costosa de lo previsto originalmente. Además, entiendo que la sensibilidad temporal o significativa es un efecto secundario común y esperado después de la colocación de un nuevo empaste.

Iniciales del paciente o responsable: _____

Al firmar con mis iniciales junto a cada consentimiento de tratamiento recomendado por el Dr. Orffa Masso, reconozco que se me han explicado los riesgos, beneficios y alternativas de cada procedimiento. Confirmo además que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi plan de tratamiento y que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al proporcionar mis iniciales y firmar a continuación, doy voluntariamente mi consentimiento informado para los tratamientos seleccionados indicados y confirmo que entiendo y acepto proceder con dichos procedimientos.

Firmado este _____ día de _____, 20_____

Nombre del paciente en letra de imprenta: _____

Parentesco con el paciente: _____

Firma: _____