

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO DENTAL

PROPÓSITO DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE MERCE Family Healthcare

MERCE Family Healthcare está dedicado a ofrecer cuidados de calidad dental y cirugía oral para entregar alivio al dolor, sangramiento e infecciones. Nuestra meta es ofrecer estos servicios en combinación con consultas y referencias para que los pacientes recuperen un estado sustentable de salud oral. Ofrecemos un completo servicio de cuidado dental. Ofrecemos solo cuidados primarios y de emergencia.

Entiendo que la Odontología no es una ciencia exacta y pueden ocurrir complicaciones a pesar de todos los esfuerzos de los dentistas, el personal y yo mismo/la persona de la cual soy guardián.

POLÍTICA DE AUSENCIA/ATRASO A UNA CITA

Una ausencia a una cita atrasa su tratamiento planificado y desperdicia tiempo que puede ser usado en otro paciente. Si usted pierde más de dos citas, usted no será atendido en el centro dental. Si usted está atrasado más de 15 minutos, su cita será reprogramada. Solicitamos un aviso de 24 horas de antelación si necesita reprogramar una cita. Si la cita es reprogramada por teléfono, se le enviará por correo una tarjeta con la hora y fecha de la cita, solo si usted lo solicita. Los miembros de la familia no pueden ser programados en el mismo día, debido a citas canceladas. Usualmente, si un miembro de la familia cancela, los otros cancelarán también.

PAGOS POR SERVICIOS/SEGURO DENTAL

Entiendo que se espera el pago por los servicios y que los honorarios por servicio serán determinados en una escala de pago gradual basada en el ingreso y recursos de la familia. Asumo la responsabilidad por el pago de todos los servicios que reciba.

Entiendo que mi seguro dental (si lo hay) es un contrato entre la aseguradora y yo, y no entre la aseguradora y MERCE Family Healthcare; por lo tanto, asumo completa responsabilidad por el pago de todos los servicios que reciba sin importar los pagos que una aseguradora pueda hacer. Entiendo que cualquier pago recibido por MERCE Family Healthcare por parte de mi cobertura de seguro será abonado a mi cuenta o me será devuelto si he pagado por los honorarios dentales.

TIPOS DE SERVICIOS DISPONIBLES

El tratamiento dental disponible en MERCE Family Healthcare es de alcance limitado. Puede ser necesario tratamiento adicional para completar el cuidado dental. Sus necesidades de tratamiento le serán explicadas. Si usted requiere servicios que no son ofrecidos en MERCE Family Healthcare, se le referirá a un dentista local que pueda ofrecerle dichos servicios, con cargo a usted. MERCE Family Healthcare no ofrece asistencia financiera por los servicios prestados fuera de los ofrecidos en nuestras instalaciones.

TIPOS DE SERVICIOS NO OFRECIDOS

El programa dental en MERCE Family Healthcare está diseñado para ayudar a la gente a tener acceso a servicios dentales básicos y aliviar el dolor agudo. MERCE Family Healthcare no ofrece coronas, puentes fijos, cirugía a las encías por enfermedades periodontales o tratamientos de conducto.

RADIOGRAFÍAS (Rayos X)

Las radiografías están diseñadas para ayudar al dentista a diagnosticar enfermedades de los dientes y las mandíbulas. Ellas son usadas para mostrar caries en los dientes, la forma de las raíces de los dientes y a veces pueden mostrar un quiste o tumor maxilar, o una muela del juicio bajo del nivel de la encía o mandíbula. Su dentista pedirá radiografías de sus dientes en de sus necesidades específicas. Si usted tiene radiografías tomadas recientemente en otro centro dental, por favor infórmenos de modo que podamos mantener su exposición a los rayos x al mínimo.

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO DENTAL (cont.)

EXTRACCIÓN DENTAL

La extracción dental puede ser necesaria para aliviar el dolor dental o para remover la fuente de una infección bucal. Es posible tener alternativas a la extracción dental (terapia de tratamiento de conducto, coronas, terapia periodontal) y entiendo que la extracción dental es irreversible. Además, entiendo que retirar piezas dentales no siempre quita, algunos de los siguientes, dolor, hinchazón, infección, sangramiento, alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua, y tejido circundante que puede durar un periodo de tiempo indefinido, o fractura maxilar. Entiendo que puedo necesitar más tratamiento o incluso hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento, el costo del cual es mi responsabilidad.

EMPASTES

Las caries en los dientes son una causa frecuente del dolor dental. Si no se tratan, los dientes pueden cariarse seriamente, perderlos y/o abscesos. Las caries dentales grandes pueden requerir medicamentos y/o tratamiento quirúrgico (extracción). Sin embargo, si las caries son tratadas en forma temprana (cuando son pequeñas) los dientes se pueden mantener por más años que si no se hiciera el tratamiento. Los empastes están diseñados para retirar la carie dental y restablecer la función dental. Ellos pueden ser de color plateado o del color del diente. Entiendo que los empastes pueden corregir caries existentes pero no previenen que se formen nuevas caries si los dientes no se limpian y mantienen cuidadosamente.

LIMPIEZAS

Las limpiezas están diseñadas para mantener la salud y belleza de sus dientes y para prevenir enfermedades periodontales (encías). Una limpieza dental profesional removerá los depósitos de cálculo (sarro) de sus dientes que usted no puede retirar con su cepillado dental diario. La mayoría de los adultos requiere limpiezas cada tres a seis meses. Su dentista/higienista le explicará qué tan a menudo necesita ayuda de limpieza profesional.

DROGAS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que durante el curso del tratamiento con antibióticos y otros medicamentos pueden ser indicados y que ellos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento, hinchazón de tejido, dolor, picazón, vómito, y/o shock anafiláctico (reacciones alérgicas severas). Informaré al doctor inmediatamente si tengo algún problema con los medicamentos recetados.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DENTAL EN MERCE FAMILY HEALTHCARE.

POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO SOLICITO Y AUTORIZO A LOS DENTISTAS QUE TRABAJAN PARA MERCE FAMILY HEALTHCARE A QUE REALICEN CUALQUIER PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICADO INDICADO, TRATAMIENTO DENTAL O CIRUGÍA DENTAL BASADO EN MIS NECESIDADES DENTALES DIAGNOSTICADAS Y LA/LAS CONDICION(ES) POR LAS CUALES ESTOY BUSCANDO CUIDADOS. ENTIENDO QUE YO PUEDO SER TRATADO POR DENTISTAS DIFERENTES EN DIFERENTES CITAS.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Firma del Empleado _____

Fecha _____