

¡Bienvenido(s) a nuestra práctica! Nos complace tenerlo como paciente y tener la oportunidad de ser su socio en el cuidado dental informado.

**Emergencias:** Reservamos una cantidad limitada de tiempo cada día para acomodar a los pacientes de emergencia sin interrumpir la atención a nuestros pacientes programados. Si tiene una emergencia dental, llame a nuestra oficina lo mas temprano en el día como sea posible. Si tiene una emergencia fuera del horario de atención, simplemente llame a la oficina y deje un mensaje para el médico de guardia presionando 9.

**Referencias:** Si el tratamiento requerido para abordar las necesidades dentales de su hijo no se puede proporcionar en nuestra oficina debido según el grado de especialización del tratamiento, se le dará una referencia para un proveedor que pueda suplir el servicio necesario. Es su responsabilidad llamar al proveedor referido y programar una cita. Debido a que el trámite se realizará en otro consultorio, los honorarios variarán a los nuestros, y solo el consultorio del especialista puede darle una estimación precisa del costo. Tenga en cuenta que cualquier tratamiento dental proporcionado será aplicado a sus máximos anuales de seguro.

**Comunicación con el paciente:** Al proporcionar su dirección de correo electrónico, número de teléfono y dirección postal, está dándonos permiso para comunicarnos con usted a través de uno o todos estos métodos de comunicación. Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto no son seguros y existe el riesgo de que puedan ser leídos por un tercero. Compartiendo su información de contacto, está reconociendo que es consciente de este riesgo y acepta recibir este tipo de comunicación.

**Citas:**

- Nuestra oficina intenta programar citas a su conveniencia y cuando haya tiempo disponible. Tenga pendiente que al programar una cita, este tiempo se compromete específicamente para su hijo, por lo que no está disponible para otros pacientes.
- Los niños menores de seis años y los niños que requieren citas más largas se atienden en la mañana ya que están más alertos y podemos trabajar más despacio con el niño para su comodidad.

**Confirmaciones:**

- Para garantizar que los pacientes estén al tanto de sus próximas citas, seguimos el siguiente horario para confirmaciones de citas:
  - Se enviará por correo electrónico una confirmación de reserva de cita la noche en que se programe la cita.
  - Dos semanas antes de la cita: Se enviará un recordatorio por mensaje de texto
  - Una semana antes de la cita: Se enviará un recordatorio por correo electrónico
  - Cinco días antes de la cita: Un texto solicitando confirmar la cita
  - Dos días antes de la cita: Nuestro equipo de recepción llamará para confirmar cualquier citas no confirmadas.

Para poder brindar atención dental de calidad y de manera oportuna, tenemos una póliza de cancelación y no presentación. La póliza nos permite utilizar mejor las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención dental. Respetamos y valoramos su tiempo y hacemos todo lo posible para llegar a tiempo a nuestros pacientes y le pedimos que nos extienda la misma cortesía.

- Por favor llegue al menos cinco minutos antes de la hora programada para su cita. Si es un paciente nuevo, llegue 15 minutos antes para que podamos verificar que se haya completado todo el papeleo. Nosotros hacemos todo lo posible por llegar a tiempo para que podamos minimizar cualquier espera. Para ayudar a lograr esta meta, tenemos una estricta política de tardanzas. Si llega tarde a su cita, se le puede pedir que re programe la cita.
- Entendemos que a veces se pierden citas. Sin embargo, si no nos informa que no estará aquí, no podemos atender a otros pacientes. Nuestra oficina se adhiere a un estricto aviso de cancelación. Debe informarnos si necesita cancelar su cita 2 días (48 horas) antes, no incluyendo el fin de semana.
- Nuestra política es la siguiente:
  - Pacientes nuevos y pacientes mayores de 18 años:
    - Primera cita perdida: El paciente será notificado por carta.
    - Segunda cita perdida: Es necesario que demos por terminada nuestra relación con el paciente.
  - Pacientes menores de 18 años: Después de tres citas perdidas
    - Primera cita perdida: El paciente será notificado por carta.
    - Segunda cita perdida: se puede cobrar una tarifa de cita perdida de \$40.
    - Tercera cita perdida: Es necesario que demos por terminada nuestra relación con el paciente.
- Para pacientes con historial de faltas o cancelaciones de citas en el último minuto, nos reservamos el derecho a doble reserva de citas futuras. Sin embargo, la oficina intentará mantener el horario abierto para usted. Podemos programar a otros pacientes para asegurarnos de que el espacio de tiempo se llene y no se desperdicie. Usted puede ser requerido a pagar un depósito para asegurar citas futuras.

#### **Divorcio/Cambios en la tutela:**

- En el caso de divorcio o separación, el padre/guardian legal que trae al paciente a la oficina es económicamente responsable. Si el acuerdo de separación requiere que el otro padre pague todo o parte del costos de tratamiento, es la razonabilidad del padre que autoriza el tratamiento cobrar a la otra parte.
- Si hay un cambio en la tutela ordenado por la corte, estamos obligados a seguir la determinación dada por el tribunal. Solicitaremos copias de toda la documentación de la corte para mantener el registro. Si hay una actualización dada por el tribunal, se debe proporcionar nueva documentación para que podamos hacer cambios.

#### **Compromiso de garantía:**

- Nos enorgullecemos del alto nivel de odontología realizada en nuestra práctica, por lo que utilizamos las últimas tecnologías dentales, los mejores materiales y técnicas dentales. Para demostrar nuestra confianza en nuestro trabajo, nuestros procedimientos cuentan con un año de garantía condicional para las restauraciones y dos años de garantía condicional para selladores dentales.

#### **Foto e imágenes:**

- Entiendo que fotografías, imágenes radiográficas y/o videos de mi cara, cráneo y dientes se utilizaran como parte del registro de mi cuidado.
- Entiendo que las imágenes y el video tomados pueden usarse para lo siguiente, pero no limitado a fines educativos en conferencias, demostraciones, publicaciones profesionales

y publicidad (incluida la publicación en sitios web, revistas, televisión, en línea y redes sociales). En el caso de que alguna de las imágenes o videos se utilizan para fines externos, obtendremos un consentimiento de uso de medios del padre, tutor o el paciente antes de hacerlo.

- Además entiendo que si se utilizan fotografías, imágenes radiográficas y/o videos, no esperare compensación, financiera o de otro tipo por el uso de las imágenes.

#### **POLÍTICAS FINANCIERAS:**

¡Gracias por elegir Broad Smiles Pediatric Dentistry and Orthodontics! En un esfuerzo por servirle mejor, quisieramos tomar el tiempo para explicarle el proceso de facturación en nuestra práctica. Para mantener operaciones de práctica y para evitar posibles malentendidos, solicitamos a los pacientes que acepten y se adhieran a las siguientes polizas financieras sobre el tratamiento dental

Se espera el pago el día en que se prestan los servicios. Para pacientes con seguro dental, si proporciona la oficina con la información de su seguro dental, nos pondremos en contacto con su compañía de

seguros y verificaremos sus beneficios. Haremos todo lo posible para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre su cobertura de seguro, pero le sugerimos que se ponga en contacto con ellos directamente siempre que sea posible.

#### **SEGURO DENTAL:**

- Muchas personas tienen algún tipo de seguro dental para sus hijos; sin embargo, la mayoría de los planes dentales no cubren todos los procedimientos dentales. Su cobertura dental no se basa en las necesidades de su hijo o lo que nuestros médicos recomiendan, se basa en cuánto paga su empleador en el plan. Al decidir sobre el tratamiento, los beneficios dentales no deben ser lo único que usted considere.
- Casi todos los planes dentales son un contrato entre su empleador y una compañía de seguros. Su empleador y la aseguradora acuerdan la cantidad que paga su plan y qué procedimientos están cubiertos. Nosotros no tenemos control sobre los términos de su contrato, el método de reembolso o la determinación de sus beneficios.
- Como cortesía para usted, con gusto enviaremos el reclamo de tratamiento a su compañía de seguros el día de servicio. Cobraremos el copago estimado y el deducible en cada visita. Hacemos cada esfuerzo para determinar los beneficios de su seguro cuando reciba tratamiento, pero considere su copago como una estimación hasta que recibamos el pago de su compañía de seguros. Por favor recuerde que esa cualquier información que proporcionemos en relación con su cobertura de seguro es nuestra mejor estimación y no es una garantía de pago.
- Usted acepta pagar su parte de los cargos no cubiertos por el seguro, incluidos los copagos y deducibles.
- Se puede enviar una preautorización de tratamiento a su compañía de seguros si lo solicita. Esta petición incluirá el costo total que pagará su seguro y su responsabilidad antes de que su tratamiento comience. Tenga en cuenta que debido a los plazos de procesamiento del seguro, esto puede retrasar el inicio de tratamiento.
- Por favor espere de 4 a 6 semanas para el procesamiento de la reclamación. Si el pago de la compañía de seguros no ha sido recibido dentro de los 60 días, usted será responsable del pago de cualquier tarifa de tratamiento y el cobro de beneficios directamente de su compañía de seguros.
- Es su responsabilidad conocer el deducible de su seguro y los máximos del plan.

#### **PAGOS:**

- Sabemos que la situación financiera de cada persona es diferente. Por esta razón, hemos trabajado duro para proporcionar una variedad de opciones de pago para ayudarlo a recibir la atención dental que necesita y merece. Las siguientes son varias formas en las que podemos ayudarlo a administrar el costo de su cuidado dental de su niño (a).
- El pago de todos los cargos, o los deducibles y copagos aplicables se deben pagar en su totalidad en la fecha de tratamiento.
- Aceptamos pagos en efectivo, cheque, tarjeta de débito o crédito. Esto incluye cuentas FSA/HSA a través de su empleador.
- Para los pacientes que solicitan un plan de pago, nos asociamos con Care Credit. Care Credit ofrece bajo interés de financiación en forma de una tarjeta de crédito médica que se puede utilizar para una variedad de servicios que incluyen cuidado dental. Nuestra asociación con Care Credit no garantiza la aprobación. Cada solicitante debe presentar una solicitud de crédito para determinar la aprobación.

- Si se necesita tratamiento, se le proporcionará un plan de tratamiento que detalla los procedimientos y los costos asociados con el tratamiento. Se le dará un presupuesto por escrito de su obligación financiera y se le pedirá que firme un acuerdo financiero.
- Para tratamientos de más de \$1,000.00, los planes de pago extendido pueden ser una opción a través de Care Credit o nuestros planes de pago internos para pacientes.
- Para cualquier tratamiento superior a \$2,500.00, recibirá un 5% de descuento por pago anticipado o pago total en la fecha de tratamiento.
- Cheques devueltos: Se cobrará un cargo de \$25.00 por ocurrencia a su cuenta por cualquier pago devuelto por su banco.
- Si tiene un saldo en su cuenta, le enviaremos estados de cuenta bimensuales hasta que el saldo sea resuelto. Los honorarios profesionales son responsabilidad del paciente (si es mayor de 18 años), padre o guardian legal que autorize el tratamiento. No podemos enviar estados de cuenta a nadie que no sea el paciente, padre o guardian legal.
- Si su cuenta está vencida, tomaremos las medidas necesarias para cobrar esta deuda. Esto incluye colecciones, corte de reclamos menores y/o despido de la práctica. Usted será responsable de cualquier cargo incurrido en el cobro de su cuenta, incluidos los honorarios y comisiones de la agencia de cobro, los costos judiciales y/o honorarios de abogados.
- Cualquier sobrepago del paciente en su cuenta será reembolsado o aplicado a la próxima visita dental. El reembolso se realizará de la misma manera en que se realizó el pago original. En caso de que el pago fuera realizado en efectivo o con tarjeta de crédito que ya no esté activa, el reembolso se realizará mediante cheque.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL**

### **Exámenes y radiografías**

Entiendo que la visita inicial puede requerir radiografías para completar el examen, diagnóstico, y plan de tratamiento. Si rechazo las radiografías durante más de dos años, entiendo que debo firmar una renunciaci3n de rayos X formulario de consentimiento.

### **Drogas Farmaceuticas, Medicamentos y Sedaci3n**

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas como enrojecimiento, hinchaz3n de los tejidos, dolor, picor, v3mitos y/o shock anafiláctico (reacci3n alérgica grave). Tambien pueden causar mareos, falta de conciencia y coordinaci3n. Estos sintomas pueden aumentar con el uso de alcohol o otras drogas. Entiendo y estoy totalmente de acuerdo en no

operar ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos 12 horas o hasta que me recupere por completo de los efectos de la anestésica y los medicamentos que pude haber recibido en la oficina para mi tratamiento. Entiendo que no tomar los medicamentos recetados puede ofrecer riesgos de infección continua o agravada, dolor y resistencia potencial a tratamiento efectivo de mi condición. Entiendo que los antibióticos pueden reducir los efectos de los anticonceptivos oral.

### **Cambios en el tratamiento**

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes, siendo la más común la terapia de endodoncia después de los procedimientos de restauración de rutina. Doy mi permiso al dentista para hacer estos cambios según sea necesario.

### **Disfunciones de la articulación temporomandibular**

Entiendo que los síntomas de estallido, chasquido, bloqueo y dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación del inferior (cerca de la oreja) posterior a un tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en la posición abierta. Sin embargo, los síntomas de TTM asociados con el tratamiento dental suelen ser de naturaleza transitoria y bien tolerado por la mayoría de los pacientes. Entiendo que si surgiera la necesidad de tratamiento, seré referido a un especialista para el tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad. Con cualquier tratamiento dental, hay una posibilidad de lesión de los nervios de los labios, mandíbulas, dientes, lengua u otros tejidos orales o faciales. La resultante el entumecimiento que potencialmente podría ocurrir suele ser temporal, pero en raras ocasiones podría ser permanente. Yo entiendo que se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que cualquier condición sea tratada apropiadamente. Nadie me ha dado ninguna garantía o aseguranza de que cualquier tratamiento o cirugía propuesta curara o mejorara mi condición.

### **Materiales dentales**

Una hoja de datos de materiales dentales está disponible en [https://www.dbc.ca.gov/formspubs/pub\\_dmfs2004.pdf](https://www.dbc.ca.gov/formspubs/pub_dmfs2004.pdf). Una copia impresa también está disponible en la recepción.

### **Restauraciones de resina**

Solo proporcionamos resina (empastes del color de los dientes) para nuestros pacientes. Creemos que esto es estética superior. De acuerdo con los términos de su plan de seguro, es posible que deba pagar la diferencia entre restauraciones de amalgama (plata) y resina.

## **RECONOSIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) requiere que todos los registros de atención médica y otra información de salud identificable individualmente (información de salud protegida) utilizado o divulgado a nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, en papel u oralmente, se mantendrá confidencial. Esta ley federal le otorga a usted, el paciente, importantes derechos nuevos para comprender y controlar cómo se utiliza su información médica. HIPAA establece sanciones para las entidades cubiertas que hacen mal uso de la información personal de salud. Como lo requiere HIPAA, hemos preparado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

- Sin una autorización específica por escrito, se nos permite usar y divulgar su información médica. Registros de atención para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
- Tratamiento significa brindar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Los ejemplos de tratamiento incluirían coronas, empastes, servicios de limpieza dental, etc.

- Pago significa actividades tales como obtener el reembolso de los servicios, confirmar cobertura, actividades de facturación o cobro y revisión de la utilización. Un ejemplo de esto sería estar facturando a su plan dental por sus servicios dentales
- Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos comerciales de la gestión de nuestra práctica, como realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad al tratamiento, funciones de auditoría, costos análisis de gestión, y atención al cliente. Un ejemplo incluiría un periódico evaluación de nuestros protocolos de documentación, etc.

Además, su información confidencial puede usarse para recordarle una cita (por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o postal) o proporcionarle información sobre opciones de tratamiento u otros servicios relacionados con la salud, incluida la divulgación de información a amigos y familiares que están directamente involucrados en su atención o que ayudan a cuidarlo. Usaremos y divulgaremos su información protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Podemos divulgar su información de salud protegida a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley para recopilar información, a una agencia de vigilancia de la salud para actividades autorizadas por la ley incluidas, pero sin limitarse a: respuesta a una orden judicial o administrativa, si está involucrado en un juicio o procedimiento similar, respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud u obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado.

Divulgaremos su información de salud protegida si lo solicita un oficial de la ley para cualquier circunstancia requerida por la ley. Podemos divulgar su información médica protegida a un médico forense o médico forense para identificar a una persona fallecida o para identificar la causa de la muerte. Si es necesario, también podemos divulgar información para que los directores de funerarias realicen su trabajo. Podemos divulgar información médica protegida a organizaciones que manejan la obtención o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, incluidos los bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la obtención o el trasplante de órganos o tejidos. donación y trasplante de tejidos si es donante de órganos. Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad o la salud y seguridad de otra persona o del público. Bajo estas circunstancias, solo haremos revelaciones a una persona u organización que pueda ayudar a prevenir la amenaza.

Podemos divulgar su información de salud protegida si usted es miembro de EE. UU. o extranjero. Fuerzas militares (incluidos los veteranos) y si así lo requieren las autoridades correspondientes. Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales para fines de inteligencia y nacionales. Actividades de seguridad autorizadas por la ley. Podemos divulgar su información médica protegida a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley HIPAA si usted es un recluso o está bajo la custodia de un oficial de la ley. La divulgación a estos efectos sería necesaria: (a) para la institución para brindarle servicios de atención médica, (b) para la seguridad de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas o el público. Podemos divulgar su información de salud protegida para la compensación de trabajadores y similares programas

Cualquier otro uso y divulgación se realizará únicamente con su autorización por escrito. Puedes revocar dicha autorización por escrito y estamos obligados a honrar y acatar esa solicitud por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas con base en su autorización.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida, los cuales puede ejercer mediante la presentación de una solicitud por escrito:



- El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidos aquellos relacionados con divulgaciones a miembros de la familia, otros parientes, personas cercanas amigos personales, o cualquier otra persona identificada por usted. Sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepta por escrito eliminarlo.
- El derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en ubicaciones alternativas
- El derecho a acceder, inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- El derecho a solicitar una enmienda a su información de salud protegida
- El derecho a recibir un informe de las divulgaciones de información de salud protegida fuera de operaciones de tratamiento, pago y asistencia sanitaria.
- El derecho a obtener una copia en papel de este aviso de nosotros a petición.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y proporcionararle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso de prácticas de privacidad actualmente en vigor. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer efectivas las disposiciones del nuevo aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Revisiones a nuestro Aviso de prácticas de privacidad se publicará en la fecha de vigencia y puede solicitar una copia por escrito del Aviso Revisado de esta oficina. Tiene derecho a presentarnos una queja formal por escrito a la dirección a continuación, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, en caso de que sienta que sus derechos de privacidad han sido violados. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para más información sobre HIPAA o para presentar una queja:

The U.S. Department of Health & Human Services

Office of Civil Rights

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

877-696-6775 (llamada gratuita)

AVISO ANTICIPADO AL BENEFICIARIO DE NO COBERTURA

MassHealth no cubre todos los servicios ofrecidos por esta oficina. En los casos en que un paciente desee servicios que no están cubiertos por MassHealth, se requiere un Aviso anticipado al beneficiario (ABN). Este formulario transfiere toda la responsabilidad financiera al paciente/garante por los servicios deseados.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_ /

**Servicios a prestar:** \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_

**Costos de bolsillo estimados:**

MassHealth no cubrirá estos servicios porque:

- Los servicios se han considerado médicamente innecesarios
- La frecuencia del servicio es más de lo que permite MassHealth
- MassHealth no cubre este servicio
- MassHealth solo pagará \$ \_\_\_\_\_ por este servicio

Como paciente, usted comprende y acepta lo siguiente:

1. Entiendo que MassHealth no pagará por estos servicios y es financieramente responsable de pagar el saldo en su totalidad.
2. Entiendo y acepto el costo de desembolso estimado mencionado anteriormente. Reconozco que mi desembolso
3. Entiendo que debo pagar el saldo en su totalidad o establecer un acuerdo de pago con Broad Smiles Pediatric Dentistry antes de la finalización del servicio.
4. Se me ha dado la oportunidad de revisar este formulario y he hecho todas las preguntas que tengo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre Legal del Paciente (si es mayor de 18 años) / Padre / Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente (si es mayor de 18 años) / Padre / Guardian Legal

Fecha