Consentimiento informado para el examen inicial y la limpieza

1. EXÁMENES Y RAYOS X

Entiendo que la visita inicial requerirá radiografías para completar el examen, el diagnóstico y el plan de tratamiento. La única razón para no tomar radiografías es si yo, el paciente, doy al médico radiografías corrientes y legibles que abordan todas las áreas de preocupación. Ocasionalmente, la toma de radiografías puede ser pospuesta o limitada en algunas situaciones como el embarazo.

2. DROGAS, MEDICAMENTOS Y SEDACIÓN

Me han informado y entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas que causan enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, picazón, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave). Pueden causar somnolencia, falta de conciencia y coordinación que puede ser aumentada por el uso de alcohol u otras drogas. Entiendo y estoy totalmente de acuerdo en no operar ningún vehículo o dispositivo peligroso por al menos 12 horas o hasta que esté totalmente recuperado de los efectos del anestésico, medicamentos y medicamentos que me pueden haber recetado para mi cuidado. Entiendo que el no tomar medicamentos recetados para mí de la manera prescrita puede ofrecer riesgos de infección y dolor continuo o agravado y resistencia potencial al tratamiento efectivo de mi condición. Entiendo que los antibióticos pueden reducir la eficacia o los anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas). Entiendo que todos los medicamentos tienen el potencial de acompañar los riesgos, los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas. Por lo tanto, es fundamental que le diga a mi dentista todos los medicamentos que estoy tomando actualmente. He informado al médico de todas las condiciones médicas y de cualquier alergia a los medicamentos conocidos.

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o agregar procedimientos debido a las condiciones encontradas mientras se trabaja en los dientes que no se descubrieron durante el examen, siendo la más común la terapia del conducto radicular después de los procedimientos restauradores de rutina. Doy mi permiso al médico permiso para hacer cambios y adiciones según sea necesario después de discutir esos cambios conmigo.

4. DISFUNCIÓN CONJUNTA TEMPRO-MANDIBULAR (TMD)

Entiendo que el estallido, el chasquido, el bloqueo y el dolor pueden intensificarse o desarrollarse en la articulación de la mandíbula inferior (cerca del oído) después del tratamiento dental de rutina en el que la boca se mantiene en posición abierta. Aunque los síntomas de la DTM asociados con el tratamiento dental son generalmente transitorios por naturaleza y bien tolerados por la mayoría de los pacientes, entiendo que si surge la necesidad de tratamiento, entonces me referiré a un especialista para el tratamiento, cuyo costo es mi responsabilidad.

5. PROPHYLAXIS DENTAL (LIMPIEZA DE RUTINA)

Entiendo que este tipo de limpieza es de naturaleza preventiva y está dirigido a pacientes con encías saludables, y se limita a la eliminación de la placa y al tacto y mancha extremadamente ligeros de las estructuras dentales en ausencia de enfermedad periodontal (goma / hueso). Este tratamiento ayuda a prevenir la enfermedad periodontal.

6. DEBRIDAMIENTO (LIMPIEZA DETALLADA)

Entiendo que este tipo de limpieza es de naturaleza preventiva y está dirigido a pacientes con gingivitis (inflamación y sangrado de las encías) y es para la eliminación de una fuerte acumulación de tartrato y mancha de las estructuras dentales en ausencia de enfermedad periodontal . También entiendo que este tipo de limpieza será seguido con una limpieza de rutina que mi seguro puede o no puede cubrir.

7. LIMPIEZA EN PRESENCIA DE GINGIVITIS MODERADA O GRAVE

Entiendo que este tipo de limpieza es de naturaleza preventiva y está dirigido a pacientes con gingivitis moderada a grave (inflamación y sangrado de las encías) en ausencia de enfermedad periodontal (de las encías).

8. TRATAMIENTO PERIODONTAL (LIMPIEZA PROFUNDA)

Entiendo que este tipo de limpieza es por una condición grave que causa inflamación de las encías y / o pérdida ósea, y que la condición de la enfermedad periodontal puede conducir a la pérdida de mis dientes y / o condiciones sistémicas negativas (incluyendo diabetes incontrolada, Y trabajo previo al parto, etc.). Los tratamientos alternativos incluyen terapia no quirúrgica, tratamiento antibiótico / antimicrobiano, cirugía de encías y / o extracciones. Entiendo que el éxito de cualquier tratamiento depende en parte de mis esfuerzos para cepillar y usar hilo dental diariamente, recibir limpiezas terapéuticas regulares según las indicaciones del médico, seguir una dieta saludable, evitar los productos de tabaco y seguir otras recomendaciones. Entiendo que el sangrado puede durar varias horas. Si persiste, sobre todo si es de naturaleza severa, debe recibir atención y se debe contactar con esta oficina. Entiendo que la enfermedad periodontal puede tener un futuro efecto adverso en el éxito a largo plazo del trabajo de restauración dental. Entiendo que si tengo enfermedad periodontal, no soy elegible para una limpieza rutinaria ya que no tratará mi enfermedad. Entiendo que para evitar que me someta a este procedimiento de nuevo en un futuro próximo, debo mantener todas las limpiezas de mantenimiento que se realizan cada 3 meses. Mi seguro puede o no cubrir estas limpiezas de mantenimiento.

9. BENEFICIOS DEL SEGURO DENTAL

Entiendo que mi seguro dental sólo puede proporcionar cobertura para algunos servicios. Entiendo que Brushy Creek Dentistry está confirmando mis beneficios dentales y llenando mi seguro de tratamiento como cortesía, pero someter y recibir beneficios es en última instancia mi responsabilidad. Estoy de acuerdo en informar a la oficina de cualquier cambio en el seguro tan pronto como ocurran o corro riesgo de comisiones inesperadas. Estoy de acuerdo en que la oficina está haciendo lo mejor que puede hacer para decirme cuáles son mis pagos, pero entiendo que los honorarios son una estimación de lo que la oficina se dice por teléfono y que después de que el seguro pague la oficina, puede haber costes adicionales. La razón más común para los costos adicionales es que fui a ver a otro proveedor (como un especialista) que también presentó con mi seguro y ahora mi seguro no cubrirá lo que la oficina inicialmente pensó que cubriría. Otra razón común para un coste adicional es que mi seguro dio la cotización incorrecta sobre el teléfono.

Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y la compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Nosotros presentaremos su reclamo por usted sin costo alguno; Sin embargo, le pedimos que sus deducibles y sus porciones estimadas se paguen a medida que se prestan los servicios. Aunque con mucho gusto presentar reclamaciones de seguro dental como una cortesía para usted, todos y cada uno de los saldos de la cuenta son en última instancia su responsabilidad. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que no cubrirán. Todos los beneficios del seguro se asignan a Brushy Creek Dentistry, a menos que los servicios sean pagados en su totalidad el día del tratamiento.

10. PAGOS

LAS TARIFAS POR SERVICIO EN NUESTRA OFICINA SERÁN SOLICITADAS EN EL MOMENTO DE SU VISITA. Para su comodidad, aceptamos VISA, MasterCard, Discover y Care Credit, así como cheques y dinero en efectivo.

Para tratamientos que impliquen honorarios por encima de $ 500.00, arreglos financieros especiales pueden ser discutidos con nuestro coordinador financiero o administrador de la oficina.

Nos damos cuenta de que muchas familias están en un estado de cambio. La política en nuestra oficina es que el padre que solicita tratamiento para un niño es responsable ante nosotros por todos los honorarios incurridos.

Seremos justos en la elaboración de finanzas especiales con usted, pero por favor también sea justo con nosotros con sus compromisos. Se cobrará un cargo de financiamiento del 1,5% mensualmente sobre todos los saldos vencidos.

11. NUMBNESS

Cada vez que una persona debe adormecer, existe la posibilidad de entumecimiento permanente o prolongado de los nervios de la cara o tejidos de la cavidad oral durante la administración de anestésicos o durante los procedimientos de tratamiento que pueden causar un entumecimiento de los labios, la lengua, los tejidos De la boca y / o de los tejidos faciales. Este entumecimiento es generalmente temporal, pero, raramente, puede ser a largo plazo o incluso permanente.

12. NATURALEZA DE LA ODONTOLOGÍA

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta, como la medicina no es una ciencia exacta ya veces los resultados son impredecibles y no la culpa del dentista.

13. POLÍTICAS DE LA OFICINA

El tiempo de su cita es reservado especialmente para usted. Pedimos cortesía al Doctor ya otros pacientes para que mantenga sus citas programadas. Si debe cambiar o perder una cita, necesitamos un aviso de 24 horas. Las cancelaciones, la reprogramación de última hora o el fallo en mostrar resultará en un cargo por cita roto de $ 50.00, o ninguna renovación. Si más de un miembro de la familia está programado y no puede hacer su cita, se cobrará una cuota de cancelación de $ 50 por el primer individuo y $ 50 por cada miembro de la familia que no muestre para la cita también. Nuestra oficina le proporcionará llamadas de confirmación, textos, correos electrónicos y / o postales a usted. Le pedimos que si no podemos comunicarnos con usted, por favor póngase en contacto con nosotros lo antes posible para confirmar su cita. Si no lo hace, su cita deberá ser reprogramada.

14. E-MAIL

Si deseo comunicarme con Brushy Creek Dentistry a través de correo electrónico con respecto a mi salud y / o tratamiento médico, proveeré mi dirección de correo electrónico en mi Formulario de Historia de Salud. Entiendo que cualquier información de salud confidencial que envíe a la práctica por correo electrónico NO es segura y se envía bajo mi propio riesgo. No responsabilizaré a la práctica ni a ninguno de sus miembros de la fuerza de trabajo por la pérdida de cualquier tipo de confidencialidad asociada con la información transmitida por correo electrónico. También entiendo que NO es la política de la práctica cifrar cualquier información de salud confidencial que solicito que me sea enviada por correo electrónico. Debido a que esta información NO está encriptada, entiendo que NO es segura. Reconozco este riesgo y no responsabilizaré a la práctica ni a ninguno de sus miembros de la fuerza de trabajo por cualquier pérdida de confidencialidad asociada con dichas transmisiones.

CONSENTIMIENTO

He leído y entiendo toda la información en las 3 páginas. Autorizo ​​al dentista y / o sus asociados a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluyendo la anestesia local y la sedación, que se considere necesario. Si mi hijo o yo cambiamos su salud o cambiamos su medicación, lo informaré al médico y / oa sus asociados en la siguiente cita. Para los pacientes asegurados, mi firma abajo autoriza la asignación de beneficios de seguro a Brushy Creek Dentistry y autoriza la divulgación de los expedientes dentales a mi compañía de seguros.

Firma del Paciente / Padre / Guardian: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_