



ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Gracias por elegir Penn Dental Medicine.

Información general: Penn Dental Medicine (también llamada "PDM") es una institución de enseñanza, y el tratamiento de los pacientes aceptados en el programa de enseñanza será supervisado por miembros del cuerpo docente de PDM. Todas las atenciones y tratamientos se proporcionan de manera idónea y respetuosa. PDM es una institución de enseñanza y, por lo tanto, el tratamiento puede requerir más tiempo que los realizados en un consultorio dental privado. La mayoría de las citas en PDM toman aproximadamente de una a cuatro horas. Además, se espera que los pacientes estén disponibles una o, en ocasiones, dos veces por semana.

Penn Dental Family Practice (también llamada "PDFP") proporciona a los pacientes una amplia experiencia y sólidos conocimientos en el arte y la ciencia de la medicina dental. Los pacientes de PDFP cuentan con el beneficio de un equipo de expertos que ejercen su profesión con las técnicas más avanzadas en la atención dental. Penn Dental Family Practice incluye a profesionales que también le enseñan a la siguiente generación de dentistas y ejercen en el Children's Hospital of Philadelphia, el Penn Presbyterian Medical Center y el Hospital of the University of Pennsylvania.

Atención dental de emergencia: El tratamiento dental de emergencia tiene el propósito de aliviar el dolor intenso y las infecciones graves en personas con necesidades urgentes.

Pacientes de PDM: Como paciente de ATENCIÓN INTEGRAL, usted tiene acceso al servicio de emergencia dental las 24 horas del día. Este servicio tiene un cargo. **Emergencias fuera del horario de atención:** De lunes a viernes de 4:30 p. m. a 8:00 a. m., fines de semana y feriados de PDM. Los pacientes que tengan una emergencia fuera del horario de atención deben llamar al 215-898-8961.

Pacientes de PDFP: Como paciente de ATENCIÓN INTEGRAL, usted tiene acceso al servicio de emergencia dental las 24 horas del día. Este servicio tiene un cargo. **Emergencias fuera del horario de atención:** De lunes a viernes de 4:30 p. m. a 8:00 a. m., fines de semana y feriados de PDM. Los pacientes que tengan una emergencia fuera del horario de atención deben llamar al 215-898-7337.

Marque su ubicación:

- Penn Dental Medicine
- Penn Dental Family Practice

Consentimiento para procedimientos dentales: Por la presente solicito ser atendido y/o admitido en las instalaciones de Penn Dental Medicine mencionadas anteriormente y doy mi consentimiento voluntario para recibir atención, incluyendo procedimientos de diagnóstico de rutina y tratamiento dental de los agentes o empleados autorizados de Penn Dental Medicine. Reconozco que no hay garantías de los resultados de los servicios prestados por PDM o PDFP. Entiendo que Penn Dental Medicine forma parte de University of Pennsylvania, que es una institución educativa, y acepto que las personas que participan en los programas de enseñanza pueden participar en mi atención.

Acceso a información y consentimiento para el tratamiento del paciente: Como paciente, entiendo que voy a tener acceso a información actualizada y completa sobre mi condición y, a menos que se especifique lo contrario, recibiré continuidad de tratamiento, se me dará un costo estimado y recibiré atención dental de acuerdo con un plan de tratamiento adecuadamente programado. Antes de recibir tratamiento, mi proveedor de atención dental o higienista bucal analizará conmigo los procedimientos que recomienda, y yo tendré la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenga antes de decidir si daré mi consentimiento para que se hagan los procedimientos. Todos los procedimientos dentales pueden tener riesgos de fracaso en los resultados o de complicaciones, y no se dan garantías de resultados o curas. Tengo el derecho, en todo momento, a que se me informe sobre dichos riesgos, la naturaleza del procedimiento, el beneficio previsto, la disponibilidad de métodos alternativos de tratamiento, y los riesgos de no recibir ningún tratamiento. Se tomarán radiografías dentales según sea necesario y adecuado para los exámenes, el diagnóstico, las consultas y el tratamiento. Tengo derecho a aceptar o rechazar cualquier procedimiento propuesto en cualquier momento antes de que se haga.

Responsabilidad económica: Entiendo que se me cobrará el tratamiento según el programa de tarifas vigentes en el momento del servicio. Se me dará una tarifa estimativa antes de empezar el tratamiento, y debo estar preparado para pagar los servicios según se vayan prestando. Entiendo que en procedimientos como dentaduras postizas, puentes o coronas, se deberá pagar una parte de la tarifa antes de iniciar el tratamiento y que la tarifa completa debe pagarse antes de que dicho tratamiento termine. Acepto la responsabilidad de todos los cargos por los servicios dentales y los materiales que mi plan dental no pague.

Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo el pago de los beneficios dentales, que de otra manera serían pagados a mi persona, directamente a Penn Dental Medicine y, en la medida en que lo permita las leyes vigentes, autorizo se revele toda la información relacionada con el reclamo a mi plan dental. Entiendo que si mi cuenta se remite a cobranzas, seré responsable de los cargos adeudados y de todos los gastos de cobranza.

Historia clínica dental: Entiendo que la historia clínica dental, así como las radiografías (rayos X), fotografías, videos, modelos y artículos de diagnóstico que se asocian a mi tratamiento son propiedad de Penn Dental Medicine. Penn Dental Medicine puede usar, revelar y recibir de otros proveedores de atención médica mi información personal de salud según lo permita la ley, con el propósito, entre otros, de dar atención médica, procesar los pagos y administrar nuestras operaciones. Entiendo que la información obtenida sobre mi tratamiento para el VIH/SIDA, los trastornos por uso de drogas y el tratamiento de salud mental está sujeta a una protección especial de la privacidad por la ley estatal y/o federal.

Comunicaciones: Para mejorar su experiencia con nosotros, ahora le ofrecemos la oportunidad de recibir mensajes de texto, por correo electrónico y por teléfono relacionados con su atención y tratamiento en Penn Dental Medicine, que incluyen, entre otros, confirmaciones de citas, recordatorios de pago y otra información importante. Entiendo que los mensajes de texto y el correo electrónico no son 100% seguros. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos por los mensajes de texto.



A continuación, se indican todas las formas en las que prefiero que se pongan en contacto conmigo (seleccione sus preferencias):

- Teléfono
- Correo electrónico
- Mensaje de texto

Si no selecciona una preferencia de contacto, nos pondremos en contacto con usted por teléfono. Si en algún momento desea cambiar sus preferencias de contacto, hable con nuestro personal de recepción antes o después de su cita.

Asistencia a citas: Entiendo que la no asistencia a citas, por cualquier motivo, podría ocasionar la terminación del tratamiento. Puede cobrarse un cargo por no asistir a una cita o por cancelarla con menos de 24 horas de anticipación.

Terminación del tratamiento: Entiendo que Penn Dental Medicine se reserva el derecho de dar término al tratamiento dental cuando esto se considere recomendable y conveniente para PDFP, para mí o el programa de enseñanza de PDM. Entiendo que en el caso de que el tratamiento se dé por terminado, se me reembolsará el saldo a mi favor por los servicios no prestados.

Entiendo que si tengo quejas que no pueden resolver ni el estudiante o cuerpo docente de PDM, ni el administrador del consultorio en PDFP, puedo solicitar una cita contactando a:

Penn Dental

Office of the Patient

Advocate 240 S. 40th

Street Philadelphia, PA

19104

Teléfono: (215) 573-4742

Correo electrónico: PDMPatientAdvocate@dental.upenn.edu

ACUERDO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

- He leído y entendido todos los párrafos, y con mi firma doy mi consentimiento de manera voluntaria.** *Si firma electrónicamente: Yo acepto y entiendo que mi firma abajo es legalmente vinculante y el equivalente a mi firma manuscrita, y es mi intención que así lo sea.*
- He leído y entendido todos los párrafos y NO quiero firmar este formulario de acuerdo y consentimiento del paciente. Al negarme a firmar este formulario de consentimiento, entiendo que no puedo recibir tratamiento aquí.**

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del testigo:

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Para cumplir la misión de Penn Dental Medicine, debemos capacitar a dentistas nuevos, asegurar que nuestros estudiantes reciban certificación en sus áreas de especialidad, compartir los conocimientos de odontología con otros colegas y contribuir a la literatura de la profesión. Con este fin, los estudiantes y el cuerpo docente de PDM suelen tener que presentar casos odontológicos de interés para la comunidad profesional en conferencias y ante los organismos a cargo de la acreditación profesional. En ocasiones, es posible que se publiquen estos estudios de caso en revistas de nivel profesional. En algunos casos, las presentaciones de casos incluyen información médica protegida. Al firmar esta autorización, usted acepta permitir que los proveedores de atención clínica de Penn Dental Medicine revelen la información médica protegida indicada con el fin de presentar dichos casos.

1. Entiendo que los proveedores de Penn Dental Medicine quieren revelar mi información médica protegida con fines de presentación de casos. Específicamente, quieren presentar una descripción de mi condición dental; información sobre mi salud general; información demográfica relacionada con mi edad, origen étnico y sexo; o una fotografía de cara tomada de frente. Solo se permitirá incluir la información médica protegida aquí indicada con fines de presentación de casos de acuerdo con esta autorización. Nunca se revelará mi nombre.
2. Las únicas personas autorizadas para revelar mi información médica protegida con fines de presentación de casos son los proveedores de Penn Dental Medicine.
3. Las únicas personas autorizadas para revelar mi información médica protegida de acuerdo con esta autorización son:
 - a. Miembros de organismos reconocidos de acreditación profesional de odontología.
 - b. Asistentes de reuniones odontológicas profesionales, en que uno de sus propósitos es la presentación de estudios de casos dentales.
 - c. Compendios de procedimientos de reuniones odontológicas profesionales, que pueden distribuirse a miembros de la organización dental patrocinadora.
 - d. Suscriptores de revistas publicadas para la difusión de nuevos conocimientos odontológicos.
4. Esta autorización está limitada a las revelaciones de mi información médica protegida según se describe arriba con el propósito de hacer presentaciones o publicaciones de casos dentales por estudiantes, residentes y el cuerpo docente de PDM, y los proveedores de atención clínica de PDFP.
5. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Penn Dental Medicine no puede retractar ninguna revelación hecha con anterioridad a la revocación. También entiendo que dicha revocación debe ser por escrito y que las limitaciones a esa revocación están incluidas en el Aviso de prácticas de privacidad.
6. Penn Dental Medicine no puede condicionar el tratamiento a mi firma de esta autorización.
7. Entiendo que es posible que la información revelada como consecuencia de esta autorización puede ser revelada posteriormente por el receptor de una manera que no esté protegida por la ley federal.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

- He leído y entendido todos los párrafos, y con mi firma doy mi consentimiento de manera voluntaria.** *Si firma electrónicamente: Yo acepto y entiendo que mi firma abajo es legalmente vinculante y el equivalente a mi firma manuscrita, y es mi intención que así lo sea.*
- He leído y entendido todos los párrafos y NO quiero firmar este formulario de autorización para revelar información.**

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del testigo:

Fecha

CONFIRMACIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

El Aviso de prácticas de privacidad de Penn Dental Medicine y Penn Dental Faculty Practices provee información sobre cómo podemos usar y revelar su información médica protegida. Además de la copia que le daremos, pueden obtenerse copias de este aviso en nuestro sitio web:

<http://www.penn dentalmedicine.org/hipaa-notice-of-privacy-practice/> y también a través de Penn Dental Medicine y Penn Dental Faculty Practice.

- Entiendo que al marcar esta casilla indico haber leído y entendido el Formulario de confirmación del Aviso de prácticas de privacidad.** *Si firmo electrónicamente, acepto que mi firma abajo es legalmente vinculante y el equivalente a mi firma manuscrita, y es mi intención que así lo sea.*

Firma del paciente:

Fecha:

Firma del testigo:

Fecha

- Sí, quiero recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad.**
- No, me niego a aceptar una copia del Aviso de prácticas de privacidad.**