

Consentimiento/Acuerdo de Tratamiento

Consentimiento al Tratamiento

El firmante autoriza radiografías (rayos X), procedimientos de laboratorio, anestesia, pruebas diagnósticas, tratamientos dentales otros procedimientos prestados al paciente bajo la supervisión de los Dentistas de Nevada Dental Benefits, Ltd. (NDB). Aunque el firmante puede optar por no someterse a ciertos procedimientos específicos, sin un diagnóstico adecuado o un plan de tratamiento, NDB puede negarse tratar al paciente.

Prácticas de Privacidad

La Notificación de Prácticas de Privacidad de NDB está disponible para el firmante a través de nuestra página de red o en papel si solicitado. El firmante consiente al uso y divulgación de su información de salud para realizar operaciones de tratamiento y atención médica. Con el fin de ayudar en la mejora de la atención dental, el firmante autoriza a los representantes de NDB a utilizar todo o parte del expediente del paciente incluyendo registros escritos, radiografías, fotografías, videos e informes de laboratorio para enseñar siempre y cuando el paciente no sea identificado por su nombre en relación con ello.

Derechos y Responsabilidades del Paciente

Al firmar este formulario, usted consiente en nuestro uso y divulgación de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro aviso de Prácticas de Privacidad.

Acuerdo Financiero

El firmante está de acuerdo, ya sea que firme como agente o como paciente, se obliga individualmente a pagar por el tratamiento recibido en NDB de acuerdo con las tarifas y condiciones regulares de NDB. La falta de pago de los servicios de manera oportuna puede poner en peligro el acceso del paciente a la atención dental de rutina. En caso de que la cuenta del paciente sea transferida a una agencia de cobro de deudas incobrables, el firmante puede ser responsable por honorarios razonables de abogados y gastos de cobro.

Yo **(nombre)** _____ he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento a su uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago y las operaciones de atención médica.

Firma

Fecha

Si este consentimiento es firmado por un representante personal (padre/ guardián) en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del Representante Personal:

Relación al Paciente: