

## Información general y consentimiento para el tratamiento

Bienvenido y gracias por su interés en University of Colorado School of Dental Medicine (CUSDM). School of Dental Medicine puede brindar atención dental a muchos pacientes al mismo tiempo que brinda educación clínica para nuestros estudiantes de posgrado en odontología, estudiantes internacionales y residentes.

### Información general:

University of Colorado School of Dental Medicine acepta pacientes para recibir tratamiento independientemente de su raza, color, origen nacional, embarazo, sexo, edad, discapacidad, credo, religión, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, estado de veterano, afiliación política o filosofía política.

**Entorno de enseñanza clínica:** Los estudiantes o residentes proporcionan todo el tratamiento, con la excepción del tratamiento proporcionado en la Facultad de Odontología (DFP, por sus siglas en inglés). El cuidado proporcionado por los estudiantes o residentes está bajo la supervisión del personal docente clínico. Debido a la naturaleza compleja de algunos tratamientos dentales, no todos los pacientes pueden ser tratados en un entorno estudiantil. Los estudiantes/residentes requieren más tiempo para completar la atención que en un entorno dental privado.

**Disponibilidad del paciente/proveedor:** La disponibilidad de estudiantes, residentes y personal docente en las clínicas de enseñanza es limitada debido a los requisitos académicos. Los pacientes deben tener un horario flexible y cumplir con sus citas. El estudiante/residente debe ser notificado con al menos 48 horas de anticipación para un cambio o cancelación de una cita. El tratamiento puede suspenderse para los pacientes que faltan a más de dos citas sin previo aviso, o para los pacientes que no pueden cumplir con un calendario de citas efectivo (citas canceladas en exceso, retrasos en la llegada a las citas, etc.).

**Identificación del paciente:** CUSDM toma medidas para ayudar a garantizar la seguridad de la información personal de nuestros pacientes. Este proceso se realiza verificando la identidad de todos los pacientes durante sus visitas a CUSDM. Todos los pacientes deben presentar una identificación válida con fotografía, como una licencia de conducir de Colorado, una tarjeta de identificación de Colorado, un pasaporte u otra identificación con fotografía emitida por el gobierno en cada cita. Además, todos los pacientes en la cita inicial serán fotografiados para la identificación continua del paciente.

**Servicios de intérprete:** CUSDM cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para los pacientes durante el transcurso del tratamiento en School of Dental Medicine. Esto incluye servicios de intérprete cuando los pacientes no hablan o no entienden inglés, así como para personas con problemas visuales y de audición.

**Tarifas y pago de servicios:** Los servicios se proporcionan en base al pago por atención. Los planes de pago no están disponibles, con la excepción del tratamiento de ortodoncia seleccionado. Se espera que los pacientes paguen los servicios en el momento de la cita; la falta de pago puede resultar en la cancelación o reprogramación de la(s) cita(s). Se aceptan formas de pago en efectivo, cheques personales, Visa, MasterCard, Discover y American Express. Se aceptan pagos de seguro y Medicaid; los cargos no cubiertos por el seguro son responsabilidad del paciente y se deben pagar al momento del servicio.

**Servicios de emergencia:** CUSDM proporciona atención de emergencia para pacientes registrados con buena calificación en nuestros programas. La atención de emergencia para los pacientes que NO están inscritos actualmente en nuestros programas puede brindarse en forma de tarifa por servicio en la clínica de atención de urgencias y urgencias sin cita previa. Se debe tener en cuenta que todas las tarifas deben pagarse en el momento en que se proporciona el tratamiento, y el servicio se limita al diagnóstico (determinación de la causa) de la emergencia del paciente y, si corresponde, al tratamiento para controlar el dolor o la infección.

**Tratamiento de cuidado limitado:** Los pacientes derivados para tratamiento(s) dental(es) limitado(s) pueden ser aceptados para recibir atención en el diente/dientes que figuran en el documento de derivación. Este es el único tratamiento que proporcionará CUSDM y el dentista de referencia debe proporcionar atención dental adicional. Los pacientes deben seguir las políticas de pago enumeradas. En caso de necesitar atención dental adicional, el paciente necesitará una derivación adicional o pagar por un examen de diagnóstico oral.

**Aviso de prácticas de privacidad:** CUSDM puede divulgar información a otras entidades o proveedores de atención médica, para tratamiento, para el pago de servicios y para operaciones de atención médica como se describe en el "Aviso de prácticas de privacidad".

**Derecho a interrumpir el tratamiento:** CUSDM tiene el derecho de interrumpir la atención por cualquier motivo apropiado, como citas perdidas en exceso, comportamiento personal perturbador o falta de cumplimiento de las terapias prescritas. En tales casos, el paciente o su representante acuerda aceptar la responsabilidad total de buscar atención dental profesional alternativa. Se enviará una carta informando al paciente sobre el tratamiento que se interrumpió. Todos los registros relacionados con el tratamiento y el diagnóstico son propiedad de CUSDM. Los registros y las radiografías pueden duplicarse previa solicitud por escrito con un cargo razonable. Si se interrumpe la atención, CUSDM proporcionará atención de emergencia, en base a una tarifa por servicio, durante 45 días a partir de la fecha del aviso de interrupción.

**Riesgos del tratamiento dental:** La facultad de CUSDM está disponible para responder cualquier pregunta relacionada con los riesgos de los procedimientos. Todos los procedimientos dentales tienen ciertos riesgos, incluidos los posibles efectos secundarios de algunos medicamentos utilizados. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a: reacciones alérgicas, cortes/abrasiones, sensibilidad/moretos y sensibilidad dental.

### Consentimiento informado de odontología general para el tratamiento

Este consentimiento para el tratamiento incluye, pero no se limita a:

- Anestesia local y medicinas
- Radiografías, fotografías
- Extracción de dientes
- Limpiezas dentales, incluido raspado y alisado de raíces
- Coronas
- Puentes
- Restauración de dientes con empastes
- Endodoncias
- Dentaduras postizas
- Implantes dentales
- Cirugía dental
- Otros

## Información general y consentimiento para el tratamiento

Entiendo que se pueden requerir consentimientos informados específicos para cualquiera o todos los procedimientos anteriores. Entiendo que debido a la naturaleza misma de cualquier tratamiento propuesto y la singularidad de mi persona como individuo, nadie puede predecir la certeza de cualquier resultado o éxito de cualquier tratamiento dental. Entiendo que el tratamiento dental no incluye garantías ni seguridad de éxito. Cada caso individual es impredecible, por lo que es imposible suponer resultados. Además, entiendo que los resultados NO pueden ser para mi completa y total satisfacción después de completar el tratamiento y mi condición puede ser la misma, mejor o peor.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las políticas de CUSDM. Estas preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

He recibido información sobre los derechos y las responsabilidades de los pacientes de CUSDM.

He dado un informe preciso de mis problemas médicos, mentales y de salud dental.

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías, diapositivas, cintas de video, modelos, exploraciones intraorales y radiografías de mis estructuras orales y faciales, y la recolección de mis dientes extraídos. También doy mi consentimiento para el uso de información no identificada del paciente, fotografías, diapositivas, cintas de video, modelos, exploraciones intraorales, radiografías de mis estructuras orales y faciales y dientes extraídos, para fines de publicación, educación, científicos e investigación. Doy permiso para que CUSDM se comunique conmigo en el futuro para pedirme que participe en estudios de investigación.

Doy permiso a CUSDM para enviar copias de mis registros dentales, incluidas las radiografías, al dentista de referencia cuando lo solicite.

Doy permiso para que CUSDM se comunique conmigo por correo electrónico, mensajes de texto y notificaciones telefónicas para recordarme la fecha y la hora de mis citas y otra información general sobre citas. Puedo optar por no recibir notificaciones.

Entiendo que si se escribe una receta para una sustancia controlada, la ley estatal requiere que cierta información de la receta, incluido mi nombre, se ingrese en una base de datos segura (programa de control de medicamentos recetados de Colorado) cuando resurte esta receta en mi farmacia. Los prescriptores autorizados de sustancias controladas y autoridades policiales, en circunstancias limitadas, pueden acceder a la base de datos para usos permitidos.

Autorizo a la facultad, los residentes y los estudiantes de University of Colorado School of Dental Medicine proporcionar atención de emergencia para mí o para el menor de edad que figura en este formulario.

Entiendo toda la información del paciente mencionada anteriormente contenida en este documento y acepto cumplir con todos los procedimientos y condiciones especificados. Por la presente, doy permiso para el diagnóstico o tratamiento en University of Colorado School of Dental Medicine para mí o para el menor de edad mencionado en este documento.

*FIRMA ELECTRONICA A ADQUIRIR*