



## CONSENTIMIENTO/ACUERDO DEL TRATAMIENTO

**La Facultad de odontología de la Universidad de Iowa se compromete a ofrecer un excelente tratamiento a los pacientes, al mismo tiempo que forma y educa a sus estudiantes y residentes. Agradecemos su participación y apoyo a nuestros programas académicos.**

### **Autorización de Tratamiento**

El firmante da su consentimiento para que se tomen radiografías (rayos-x), así como para los procedimientos de laboratorio, la utilización de anestesia, la elaboración de pruebas diagnósticas, tratamiento dental o cualquier otra técnica realizada al paciente bajo la supervisión de la facultad de odontología. Aunque el firmante puede elegir no someterse a ciertos procedimientos, sin un diagnóstico o plan de tratamiento adecuado, la Facultad podría renunciar a tratar al paciente.

### **Prácticas Confidenciales**

El firmante ha recibido la notificación de que las prácticas de la Facultad de Odontología son confidenciales y consiente en el uso y la revelación de su información médica para realizar el tratamiento, así como en el pago y las operaciones de la asistencia sanitaria. Para mejorar el cuidado dental a través de la investigación, el estudio y la enseñanza, el firmante autoriza que la Facultad de Odontología pueda usar todo o una parte del historial médico del paciente en cual incluye historial escrito, radiografías, fotografías, videos y reportajes fotográficos o escritos del laboratorio para enseñanza y la investigación. Dicho material podría ser difundido en publicaciones científicas sin la identificación del paciente. También podría utilizarse en publicaciones en prensa y en emisiones de tv o radio. El firmante tiene derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento mediante aviso por escrito. Sin embargo, podríamos renunciar el tratamiento del paciente si se revocara este consentimiento.

### **Los Derechos y las Responsabilidades del Paciente**

El firmante, por medio de la presente, reconoce haber leído y entendido los Derechos y las Responsabilidades del Paciente de la Facultad.

### **El Acuerdo Económico**

El firmante, sea agente o paciente, acepta que, en consideración a los servicios que se ofrecen, él/ella, individualmente, por medio de la presente, se compromete a pagar la factura de la Facultad de Odontología según las tarifas normales y condiciones de la Facultad. Si la factura fuese devuelta al cobrador, el firmante pagaría los honorarios de abogado, hasta una cantidad razonable, y los gastos de recuperación de la factura. Si la factura por los servicios fuese devuelta, la Facultad administraría solo tratamiento de urgencia por dolor y/o tumefacción hasta que la factura sea pagada. No atender a los pagos en un tiempo y forma oportuna, por los servicios recibidos, podría poner en peligro el acceso del paciente al cuidado dental rutinario.

### **Menores de Edad y Adultos Dependientes**

- Todos los pacientes menores de los 18 años o adultos dependientes deben registrar el nombre, la dirección, y el número de seguridad social del adulto responsable del pago.
- El padre o el tutor legal serán responsables del pago del tratamiento de su hijo o adulto dependiente.

- En caso de divorcio o separación, los dos padres serán responsables del pago de tratamiento de su hijo.

### El Pago

- Hay que realizar todo el pago en mismo día en que el servicio es facilitado o mediante un acuerdo especial con la Oficina Financiera.
- Se puede solicitar la mitad del pago para tratamientos más exhaustivos o los que requieran trabajo del laboratorio.
- Aceptamos dinero en efectivo, cheques, y tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, y Discover).

### El Seguro

- El paciente tiene que proporcionar toda la información del seguro en la cita inicial. Dicha información debe ser actualizada si cambia.
- El paciente de tratamiento puede contar con una aprobación inicial. Esto no es garantía de pago. Los pacientes deben iniciar los trámites de solicitud al seguro con la Oficina Financiera.
- Los pacientes con seguro dental no tienen que realizar todo el pago después de cada visita. Tras la presentación del seguro, al paciente se le pasara la factura de todos los deducibles, los copagos, y los pagos atrasados, después de aplicar los beneficios del seguro a la factura.  
**Atención:** Se exige un anticipo para todos los tratamientos relacionados con: la endodoncia, la cirugía dental, las implantes dentales, y otros procedimientos que requieren fabricación en el laboratorio (coronas, puentes, dentadura postiza).
- Los pacientes con beneficios limitados del seguro o aquellos que tengan un pago retrasado bastante grande después de aplicar los beneficios de seguro tienen que visitar la Oficina Financiera para crear un plan de pago del tratamiento.
- Los precios aplicados vienen determinados por el nivel de profesional que realiza el servicio. Se ofrecen precios reducidos para tratamientos administrados por estudiantes de pregrado y postgrado. El importe de los servicios se presenta tanto al seguro como al paciente.
- Las solicitudes de reembolso al seguro por servicios realizados por estudiantes de pregrado deben ser presentadas con el nombre de un profesor de la Facultad de Odontología. Nombre que aparecerá en la información del seguro. En el consultorio privado, el nombre del profesional saldrá en las solicitudes de reembolso.
- El asegurado tiene que resolver todos los problemas del cobro como consecuencia de despidos, discusiones del contrato, o cambios del contrato con su empleador y la compañía del seguro. Es responsabilidad del paciente conocer su contrato.

### Medicaid/Title 19

- La Facultad de Odontología participa en el programa de Medicaid sólo de **Iowa**.
- Se exige un copago de \$3.00 para cada visita cobrada. No se aplica el copago si el paciente es: A) menor que 21 años B) embarazada C) un residente de una casa de reposo, un instituto psiquiátrico del estado, o un centro de cuidado residencial.
- Se exige que los pacientes registren información de Title 19 en la primera cita e informen a la Oficina Financiera de cualquier cambio en su elegibilidad. Es responsabilidad del paciente conocer la cobertura y los beneficios del seguro. **No todos los programas de Title 19 tienen beneficios dentales.**
- Title 19 es el último en pagar; por tanto debemos ser informados de cualquier seguro dental adicional.
- Dentadura postiza, parcial, curetajes y alisados radiculares y re-tratamientos de endodoncia podrían ser cubiertos por Title 19, pero es necesaria autorización previa. El paciente tiene que iniciar los trámites de solicitud con la Oficina Financiera.

- Title 19 cubre limpiezas, fluor, radiografías, rellenos o restauraciones, endodoncias, coronas, y dentadura postiza entera, pero podrían tener frecuentes restricciones.
- **Servicios no-cubiertos** incluyen, pero no se limitan a: blanqueamiento, recubrimientos, modelos diagnósticos, cirugías periodontales tal como el alargamiento de corona, y la ortodoncia de adultos. Se podría cubrir servicios como puentes e implantes, si hubiera una necesidad médica establecida y previa aprobación.
- Los pacientes que reciben servicios pero que no tienen Title 19 o que tienen limitaciones, se hacen responsables del pago.
- La facultad, como participante en el programa Medicaid, tiene que aceptar pagos de Medicaid y no cobrara al paciente por servicios cubiertos bajo este programa.

**IowaCare**

La Facultad de Odontología **NO** participa en el programa de IowaCare.

- IowaCare no cubre extracciones realizadas en la Facultad de Odontología, solo las realizadas en UIHC o Broadlawns (solo residentes de Polk Co.).
- El paciente es responsable del pago por cualquier servicio dental, extracciones incluidas, realizadas en la Facultad.

**El abajo firmante autoriza a que la Facultad de Odontología de la Universidad de Iowa pueda presentar solicitudes de reembolso (en nombre del paciente) al seguro, Medicare, Medicaid, y otros terceros pagadores y relevar la información médica hasta el punto necesario para conseguir el pago. El firmante también autoriza a que los beneficios pagados por el seguro, Medicare, Medicaid, u otros terceros pagadores vayan directamente a la Facultad de Odontología de la Universidad de Iowa. En consideración a los servicios dentales realizados, el firmante asigna a la Facultad todos los beneficios a los que el firmante podría tener derecho, incluso sin limitar cualquier beneficio debido o solicitudes de reembolso que tiene el firmante bajo o según un plan de beneficios determinados por ERISA, 29 USC sec. et seq.**

*He estudiado la Política Financiera de la Facultad de Odontología como está escrita arriba y entiendo y reconozco la responsabilidad de colaborar con esta política. Entiendo que seré responsable del pago del tratamiento que se me realice si este no es pagado por mi compañía del seguro, Medicare, Medicaid, o algún tercer pagador.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_