

Bienvenido a UT Dentists, la facultad de odontología de la Escuela de Odontología de la Universidad de Texas, en Houston. Gracias por elegirnos para su atención dental. Lea atentamente la información importante de abajo.

Derechos y obligaciones del paciente

UT Dentists respeta y valora los derechos y obligaciones del paciente, para garantizarle que será un participante activo en las decisiones de su tratamiento dental y que se respetan sus valores, finanzas y expectativas. Se anima a los pacientes a ejercer sus derechos y a asumir responsabilidad participando activamente en su atención y pidiendo aclaraciones cuando sea necesario.

Derechos del paciente:

- A que los profesores y el personal de UT Dentists lo traten con respeto y cortesía
- A recibir tratamiento dental en un ambiente seguro
- A la privacidad y confidencialidad en relación con las condiciones médicas y el tratamiento
- A entender por completo las condiciones que se expliquen, el tratamiento prescrito (incluyendo riesgos y beneficios), el pronóstico y las alternativas o los cambios en el tratamiento **antes** de dar su consentimiento o comenzar el tratamiento
- A recibir una coordinación clara y fácil de entender del plan de tratamiento y de los costos calculados
- A tener respuesta inmediata a sus necesidades, preguntas y preocupaciones
- A tener participación activa en las decisiones sobre beneficios del tratamiento, riesgos y alternativas
- A suspender o rechazar el tratamiento en cualquier momento y que lo informen de las posibles consecuencias que resulten de esta decisión

Responsabilidades del paciente:

- Reconocer el efecto que su estilo de vida y hábitos de higiene oral tienen en su salud personal
- Dar información completa y exacta sobre las condiciones médicas y enfermedades, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos médicos actuales y pasados, antes y durante el tratamiento
- Seguir los planes de tratamiento que prescriba el médico, las instrucciones para antes o después del tratamiento o las remisiones
- Solicitar una aclaración del proveedor para entender mejor el plan de tratamiento que se prescriba, según sea necesario
- Ir a las citas programadas, ser puntual o dar un aviso con 24 horas de antelación para cambios en las citas
- Ser puntual en el pago de todos los tratamientos que se presten, como se describe en la Política financiera de UT Dentists; los saldos que se adeuden pueden dificultar los futuros tratamientos, las citas y pueden hacer que UT Dentists le deniegue tratamiento

Además, se espera que los pacientes respeten los derechos de otros pacientes y de todo el personal de UT Dentists, incluyendo tratar a los profesores, al personal y a los invitados/visitas con cortesía y respeto. Las conductas o los comentarios inapropiados o perturbadores de naturaleza cultural, étnica, sexual o de otro tipo no se tolerarán y pueden ocasionar la terminación inmediata de la relación médico-paciente.

Menores y adultos dependientes: Los padres o tutores legales de pacientes menores de 18 años o que sean adultos dependientes deben registrarse como garantes y se requiere prueba de tutela o poder legal para asuntos médicos si no es el padre. Los menores y los adultos dependientes deben estar acompañados por el padre o un tutor legal en las consultas iniciales para dar consentimiento y tomar decisiones sobre el tratamiento. Se pueden hacer otros arreglos para las siguientes consultas basados en autorización escrita.

Los niños y adultos dependientes no pueden estar en las áreas de tratamiento dental si no tienen cita y no pueden estar sin supervisión en ningún lugar del edificio o de las instalaciones.

Uso y revelación de información médica: Entiendo que mis registros dentales son propiedad de UT Dentists, aunque entiendo que tengo derecho a solicitar copias de ellos.

Me dieron la oportunidad de revisar y recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Health Science Center en Houston de The University of Texas. Entiendo que UT Dentists puede revelar información a otras entidades o proveedores de atención médica con propósitos relacionados con el tratamiento, pago o servicios, y para las operaciones de atención médica, como se describe en el "Aviso de prácticas de privacidad."

También entiendo que UT Dentists puede usar todos o parte de mis registros, incluyendo registros por escrito, radiografías, fotografías, audios y cintas de video e informes de laboratorio, con fines de enseñanza e investigación que puedan dar lugar a la publicación en revistas, siempre y cuando no me puedan identificar en ellas.

Autorización para usar el teléfono, email o mensajes de texto: Autorizo a UT Dentists o a terceros afiliados a comunicarse conmigo según mis preferencias de comunicación en relación con mi cuenta, citas programadas y recordatorios, encuestas, etc.

Compromiso con las citas: UT Dentists reconoce que el tiempo es valioso para los pacientes y para los profesionales. Entiendo que se espera que sea puntual en mis citas programadas. También entiendo que UT Dentists requiere al menos un aviso de 24 horas para reprogramar o cancelar mi cita, para dar a los profesionales tiempo suficiente para ofrecer el tiempo de mi cita a otro paciente. Además, entiendo que las cancelaciones en el día de la cita, retrasos repetidos a citas programadas o no asistir o cancelar más de dos citas consecutivas generarán un cargo de \$50 o darán motivos para suspender mi atención, respectivamente.

Seguro: Como cortesía, UT Dentists enviará mis reclamos de tratamiento a mi seguro para que se paguen. Autorizo la revelación de cualquier información relacionada con cualquier reclamo del tratamiento. Autorizo el pago directamente a UT Dentists por los beneficios que de otra manera yo debería pagar. Entiendo que UT Dentists acepta la mayoría de los planes de seguro tradicionales, excluyendo los DMO, pero solo está dentro de la red con el seguro Delta Dental. Entiendo que cualquier **cálculo** del seguro que me presenten no garantiza que se pagará el seguro, y que soy el responsable en última instancia del pago, independientemente de la consideración de la cobertura del seguro. Soy responsable de entender los beneficios de mi cobertura de seguro dental, incluyendo los copagos aplicables y los deducibles.

Uso del teléfono celular: Entiendo que el uso de teléfonos celulares y dispositivos personales no se permite durante mi cita.

Consentimiento para tratamiento: Yo, el paciente o su representante legal, por este medio doy mi consentimiento para los exámenes, radiografías, impresiones, fotografías y pruebas de diagnóstico para el desarrollo del plan de tratamiento propuesto. Entiendo que se requiere un diagnóstico adecuado para el plan de tratamiento antes de que pueda tratarse. Entiendo que mi médico discutirá los riesgos o los resultados esperados que se relacionen con el tratamiento, incluyendo las instrucciones para antes y después del tratamiento que deben seguirse. Entiendo que me darán la oportunidad de hacer preguntas sobre el plan de tratamiento prescrito antes de iniciar el tratamiento. Si elijo no someterme a ciertos procedimientos de diagnóstico/tratamientos, UT Dentists puede negarse a continuar cualquier tratamiento o interrumpir la relación médico-paciente.

Firmando abajo, leí, entiendo y doy mi consentimiento para este Formulario de información, consentimiento y acuerdo general del paciente. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y las respondieron. También sé que puedo pedir una copia de este formulario completo y firmado.

Nombre del paciente

Firma del paciente o representante legal

Fecha