

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

En Cordido Dental Pros, PLLC, (CDP) creemos que al comprender y participar en el cuidado de su salud bucal en nuestra clínica, puede lograr resultados más satisfactorios a largo plazo. Esto será igualmente cierto si usted es padre o tutor legal de un menor para el que debe proporcionar su consentimiento para el tratamiento. Por lo tanto, fomentamos una asociación entre usted y los miembros de nuestro equipo dental. Al ejercer sus derechos y responsabilidades como paciente, cumple su función como miembro de nuestro equipo y ayuda a garantizar que su salud bucal cumpla con sus expectativas, tanto ahora como en el futuro.

Tiene derecho a un trato considerado, respetuoso y confidencial. Respetamos su derecho a ser tratado con respeto y honraremos su solicitud de ser atendido de una manera que sea aceptable para usted. Tiene la responsabilidad de ser considerado y respetuoso con los demás pacientes y con el personal de nuestra clínica. Tiene la responsabilidad de respetar la propiedad de otros pacientes y de la clínica. Se espera que los pacientes traten a otros pacientes y al personal de la CDP con cortesía y respeto. CDP aplica una política de no tolerancia a cualquier tipo de acoso, comportamiento inapropiado o comentarios discriminatorios o discriminatorios y resultará en que usted sea despedido como paciente.

La confidencialidad de sus registros dentales está garantizada por las leyes federales y de Texas. Sus registros no se divulgarán a personas o agencias fuera de la clínica a menos que brinde su consentimiento por escrito para hacerlo. Sin embargo, pueden aplicarse excepciones con respecto a la investigación de quejas, cuando así lo requieran los contratos de pago de terceros o cuando lo permita la ley. Tiene la responsabilidad de proporcionar, en la medida de sus posibilidades, información honesta y completa sobre su historial médico y su estado de salud actual y proporcionar comentarios sobre sus necesidades y expectativas.

Tiene derecho a la finalización continua y oportuna de su tratamiento. Como paciente de CDP, tiene derecho a recibir una atención integral de manera oportuna. Usted tiene la responsabilidad de asistir a su cita programada, proporcionar el pago oportuno por el servicio y estar disponible para recibir tratamiento con un aviso razonable.

Tiene derecho a acceder a información completa y actualizada sobre su afección bucal. Su cuidado de la salud bucal en CDP puede involucrar algunos procedimientos simples o puede abarcar una serie de procedimientos más complejos. Cualquiera que sea el alcance de su tratamiento, hay información disponible sobre su salud bucal. Si bien hacemos todo lo posible por mantenerlo informado, nunca debe ser reacio a hacer preguntas si no está seguro sobre su estado de salud bucal o su tratamiento.

Tiene derecho a una explicación del tratamiento y los costos recomendados. Tiene derecho a recibir una evaluación completa de la salud bucal, en términos que pueda comprender, de su diagnóstico, recomendaciones de tratamiento, alternativas razonables, riesgos y beneficios y resultados probables asociados con cada opción, incluido el no tratamiento, y los costos respectivos. Los padres o tutores legales / tutores tienen derecho a una explicación sobre las opciones para el manejo del comportamiento de los niños. Si no comprende estas explicaciones, tiene la responsabilidad de solicitar información adicional. Se espera el pago en el momento del tratamiento. Tiene la responsabilidad de adherirse a las recomendaciones habituales de cuidado bucal en el hogar. Usted es responsable de sus acciones si rechaza el tratamiento o no sigue el plan de tratamiento prescrito por los dentistas.

Tiene derecho a reconocer su consentimiento para el tratamiento. Después de ser informado sobre sus opciones de tratamiento y sus costos, tiene derecho a aceptar, aplazar o rechazar cualquiera de las opciones, siempre que los estándares profesionales de atención no se vean comprometidos. Una vez que haya llegado a un acuerdo sobre el tratamiento que se realizará, se le pedirá que brinde su consentimiento por escrito antes de comenzar el tratamiento. Se le pedirá que firme documentos y debe tener información completa sobre su contenido. Se espera el pago en el momento del tratamiento.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Fecha de firma: _____

Si no es el paciente, indique la relación: padre o tutor legal _____