

AVISO PARA EL PACIENTE/FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

La Clínica Odontológica Pediátrica KidSMILES se esfuerza en ofrecer atención odontológica de calidad a los niños, pero al ser una clínica de tiempo parcial atendida por voluntarios, hay límites en los servicios que ofrecemos. Por favor, lea este documento atentamente y fírmelo. SI NO ENTIENDE ALGUNA PARTE DE ESTE DOCUMENTO, PIDA AYUDA PARA QUE LE EXPLIQUEN LA INFORMACIÓN.

Actividades de KidSMILES

- Entiendo que KidSMILES sólo abre a tiempo parcial y no puede atender los problemas odontológicos de emergencia. Las citas se atienden por orden de llegada.
- Entiendo que debo llenar un formulario del paciente con una descripción detallada de todos los problemas de salud, alergias y medicamentos que mi hijo/a toma para garantizar un tratamiento odontológico seguro. También entiendo que es mi responsabilidad obtener los medicamentos recetados por el dentista y dárselos de la manera indicada para completar el tratamiento de mi hijo/a. KidSMILES no tiene medicamentos en sus instalaciones ni administra medicamentos regulados (narcóticos).
- Entiendo que la clínica no puede garantizar que el tratamiento será realizado por el mismo dentista en todas las citas.
- Entiendo que cada cita se registra en una historia clínica. Esta historia clínica es propiedad física de la clínica, pero la información me pertenece. Puedo solicitar que se implementen restricciones en ciertos usos de la información, obtener una copia de la historia, solicitar que la información se comparta con otras instalaciones médicas/odontológicas o revocar mi autorización para que se use.
- Por la presente reconozco y entiendo que al firmar este consentimiento de tratamiento voluntario doy permiso a los médicos e higienistas de la Clínica Odontológica Pediátrica KidSMILES para que realicen diagnósticos y completen el tratamiento de las enfermedades dentales.
- Entiendo que el dentista tratante puede necesitar realizar radiografías dentales para diagnosticar las enfermedades dentales. Entiendo que no me han dados garantías sobre el resultado del examen o el tratamiento que se realice en esta clínica. Si se considera que completar el tratamiento en esta clínica no es seguro, se darán las debidas remisiones para que reciba atención.
- He recibido y leído el Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA.

Iniciales del padre/madre_____

Políticas de KidSMILES

- Entiendo que KidSMILES sigue una pauta de que las familias cuyos hijos/as reciban tratamiento en la clínica deben tener unos ingresos inferiores al 250% del umbral federal de pobreza. Afirmo que nuestra familia satisface los requisitos según las pautas que se recogen a continuación:

Unidad familiar de 2 miembros = \$39,325	Unidad familiar de 5 miembros = \$69,775
Unidad familiar de 3 miembros = \$49,475	Unidad familiar de 6 miembros = \$79,925
Unidad familiar de 4 miembros = \$59,625	Unidad familiar de 7 miembros = \$90,075

- Número de miembros de la familia en la unidad familiar _____
- Ingresos anuales de la unidad familiar_____

Políticas de KidSMILES (continuación)

- Debido al gran número de niños que necesitan atención odontológica a precios asequibles, entiendo que si no puedo llevar a mi hijo/a a una cita programada, debo avisar a KidSMILES con al menos **24 horas de antelación**. La cita de su hijo/a se volverá a programar inmediatamente.
- Entiendo que si no me presento a una cita programada, se anotará como una **cita incumplida** en el expediente odontológico de mi hijo/a y **se moverá a mi hijo/a al final de la lista de espera. Si mi hijo/a falta a tres citas, no podremos seguir recibiendo atención en la clínica KidSMILES.**
- Entiendo que si mi hijo/a llega más de 10 minutos tarde a una cita, se anotará como una cita incumplida. El personal de KidSMILES se esforzará para completar tanto tratamiento como sea posible en lo que quede del tiempo programado para la cita. También tengo la opción de volver a programar la cita.

Iniciales del padre/madre_____

Consentimiento para la toma de fotografías y la divulgación

- Doy mi consentimiento para que la clínica odontológica pediátrica KidSMILES utilice mis palabras y mi historia, mis fotografías, grabaciones de video y/o de sonido, y también doy mi consentimiento para la reproducción, el uso y la distribución de las fotografías, grabaciones de video, grabaciones de sonido, pruebas y negativos sin recibir compensación por ello.
- Eximo a KidSMILES, sus representantes, voluntarios, empleados y personas asignadas de toda reclamación por el uso de dichas fotografías, grabaciones de video, grabaciones de sonido, pruebas, negativos, y cualquier reproducción y distribución de los mismos.

Iniciales del padre/madre_____

Nombre del paciente que recibe tratamiento_____ Fecha_____

Nombre de la persona autorizada a dar consentimiento para administrar el tratamiento_____

Firma de la persona autorizada a dar consentimiento para administrar el tratamiento_____

Parentesco con el paciente_____