

The University of Texas Health Science Center at San Antonio Dental School
CONSENT AND AGREEMENT FOR TREATMENT
(La Universidad de Texas Centro de Ciencia de la Salud en San Antonio Escuela Dental)
(CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA TRATAMIENTO)

Favor de leer la información siguiente cuidadosamente. Después de que ha leído este Consentimiento y Acuerdo, favor de firmar su nombre abajo para aceptar los términos de este acuerdo.

1. **Consentir a Tratar:** Como un adulto consintiendo, estoy de acuerdo permitir a los estudiantes, facultad, empleados y residentes de La Universidad de Texas Centro de Ciencia de la Salud en San Antonio Escuela Dental (UTHSCSA-DS) a proporcionar cuidado dental a mi, a mi niño, a un paciente que represento como aplicable.
2. **Facilidad de la Enseñanza:** Como un paciente de la UTHSCSA-DS, todo tratamiento será proporcionado por facultad, estudiantes o residentes de la UTHSCSA-DS bajo la vigilancia de facultad clínica.
3. **Limitaciones:** No podemos aceptar como pacientes de la UTHSCSA-DS, todas personas. Personas con condiciones complicadas médicas, requisitos del tiempo rígidos, y cuidado dental sumamente difícil se pueden no aceptar. Entiendo que si me aceptan como paciente, puede ser limitado mi tratamiento en UTHSCSA-DS, y después necesitaría encontrar cuidado dental fuera de la UTHSCSA-DS. Como un paciente del programa de la Higiene Dental (UTHSCSA Dental Hygiene), entiendo que recibir cuidado en el programa de la Higiene Dental no me garantiza tratamiento en la UTHSCSA-DS en el future.
4. **Cuidado de Emergencia:** Tratamiento de emergencia para alivio de incomodidad severa es disponible para personas que no son pacientes de la UTHSCSA-DS, pero solamente durante de las horas normales de negocio. El tratamiento de emergencia proporcionado a personas que no son pacientes de la UTHSCSA-DS no significa que la UTHSCSA-DS continuará proporcionar más cuidado que no es emergencia.
5. **Plan de Tratamiento:** El cuidado y tratamiento en la UTHSCSA-DS toman más largo que en una práctica dental privada. Citas podrían durar hasta cuatro horas, y yo, el paciente o el representante del paciente debemos prepararnos para visitas múltiples para completar las necesidades del cuidado dental.
6. **Derecho a Discontinuar Tratamiento:** La UTHSCSA-DS tiene el derecho de discontinuar tratamiento por cualquier razón apropiada, tal como cancelaciones excesivas. En tales casos el paciente o, el representante del paciente, están de acuerdo aceptar responsabilidad por completa de buscar cuidado dental profesional alternativo. Se enviará al paciente o al representante del paciente una carta informándole que se discontinúa el tratamiento. Todos archivos perteneciendo al tratamiento y diagnóstico de pacientes son la propiedad de la UTHSCSA-DS. Archivos y radiografías se reproducirán por demanda escrita, con una cobra razonable al paciente.
7. **Pago Por Servicios:** Espero pagar por el tratamiento que recibo? La UTHSCSA-DS tiene el derecho de revisar honorarios a cualquier tiempo, por cualquier procedimiento que no se ha comenzado todavía. Durante el curso de mi cuidado dental, complicaciones inesperadas o condiciones nuevas podrán surgir y eso daría por resultado un costo más alto. Si mi tratamiento se vuelve demasiado complejo para que un estudiante dental pueda manejar, puede ser necesario que se me refieran a uno de los programas del entrenamiento de especialidad para recibir el cuidado que

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO PARA TRATAMIENTO

requiero. Si esto ocurre, entiendo que esperaré pagar al programa del entrenamiento de la especialidad honorarios por el tratamiento.

8. **Riesgos de Tratamiento:** La facultad de la UTHSCSA-DS son disponible a contestar cualquier pregunta acerca de los riesgos con procedimientos específicos. Todos procedimientos dentales tienen ciertos riesgos; incluso efectos posibles del lado de unas medicinas de uso en cirugía dental. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:
a) reacciones alérgicas b) cortes/abrasiones c) ternura/contusión d) dientes sensibles de inyecciones
9. **Citas de Continuación:** Entiendo que por aceptar tratamiento en la UTHSCSA-DS también consiento a citas futuras con el propósito de evaluar el resultado del tratamiento dental proporcionado.
10. **Consentir a Fotografiar:** Entiendo que fotografías, videos, imágenes digitales o otros pueden ser grabados para documentar y ayudar con mi cuidado. Se pueden usar estas imágenes para asistir en la educación de estudiantes y residentes dentro de la institución. Entiendo que la UTHSCSA-DS poseerá estas imágenes, pero que me permitirán mirarlas y obtener copias con un costo razonable. Otra cosa que por propósitos de tratamiento y educación, imágenes que identifican se soltarán y/o usar fuera de la organización sólo con autorización escrita por mi o el representante del paciente.
11. **Aviso de Prácticas de Privacidad:** La UTHSCSA-DS puede soltar información a otras entidades o proveedores del cuidado de la salud, para tratamiento, pago de servicios, y para funcionamiento del cuidado de la salud como descrito en el "Aviso de Prácticas de Privacidad." La UTHSCSA-DS ha preparado éste documento detallado para ayudar a que mejor entienda nuestras pólizas con respecto al uso y descubrimiento de información personal de su salud.

Se me he dado la oportunidad a repasar y recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Favor de firmar con iniciales: _____

12. **Consentimiento a Tratamiento:** Por firma abajo, indico que he leído y entiendo los términos del Consentimiento y Acuerdo para Tratamiento. Soy el paciente o tengo la autoridad a dar consentimiento por el paciente. Le doy consentimiento al UTHSCSA-DS ejecutar tareas necesarias o apropiadas para examen dental propio y físico, diagnóstico y tratamiento, incluso anestesia local.

Se han contestado mis preguntas con respecto a este consentimiento y acuerdo.

Firma del Paciente or Representante

Fecha

Si Representante, Relación al Paciente

Testigo