

# Derechos y Responsabilidades del Paciente

## Lo Que Usted Debe Saber y Entender Acerca de Su Cuidado Dental

¡Vamos a hablar!

¡Bienvenido a nuestra oficina! Estamos muy contentos de que usted haya elegido a nuestro equipo como su proveedor de atención dental. Nuestro objetivo como su dentista es ayudar a que usted y su familia establezcan hábitos dentales buenos y saludables que duren toda la vida.

**¡Esta información es muy importante!** Usted debe leerla y entenderla antes de recibir cualquier tratamiento.

La razón porque es importante: Este documento explica derechos y responsabilidades, indicando lo que usted debe saber y entender sobre el tratamiento dental. También, le permite saber exactamente cómo planeamos proporcionarle atención dental de calidad a usted y a su familia.

### Lo que ambos nos comprometemos a hacer:

- Usted es responsable de las decisiones de salud bucal de usted y su familia. Nuestro equipo le proporcionará información y ofrecerá asesoramiento profesional, pero en última instancia, usted tomará las decisiones.
- Usted es responsable de practicar buenos hábitos de higiene en el hogar (comer tres comidas saludables, cepillarse dos veces al día y usar hilo dental una vez al día). Usted también es responsable de venir a la oficina dental para limpiezas profesionales regulares.
- Usted es responsable de completar cualquier tratamiento acordado con el fin de garantizar un resultado saludable. A excepción de casos en los que usted tenga dolor o necesite atención de emergencia, podemos rechazar el tratamiento para usted o su familia si usted no se ha presentado a las citas sin una razón adecuada, es disruptivo o podría, a nuestro juicio, representar un riesgo para los otros pacientes, los médicos y el personal.
- Sabemos que tanto los pacientes como los médicos tienen horarios ocupados, por lo que es importante que usted llegue a tiempo a las citas programadas. Si creemos que podría haber un retraso en su cita mientras atendemos a las necesidades dentales de otros pacientes, le comunicaremos y ofreceremos otras alternativas. Le pedimos que haga todo lo posible para notificarnos por lo menos con un día de anticipación si necesita cambiar o cancelar su cita.
- Vamos a tratarnos mutuamente con amabilidad y respeto. Nuestros proveedores de atención odontológica estarán atentos a sus necesidades y vamos a responder a cualquier pregunta que usted pueda tener lo mejor que podamos.
- Nuestros dentistas y el personal harán todo lo posible por proporcionar atención de alta calidad a todos nuestros pacientes, independientemente de su etnicidad, género, lugar de origen, religión, edad o discapacidad. Si consideramos que su atención será proporcionada mejor por otra persona, le proveeremos con una referencia.
- Mantendremos la confidencialidad de la información sobre su salud, visitas al dentista, y planes de tratamiento según los requisitos de privacidad federal y estatal. Es su responsabilidad darnos exacta y honestamente la información completa acerca de su historial clínico y estado de salud actual, de modo que podamos tomar la mejor decisión profesional acerca de sus necesidades de atención médica.

### Antes de comenzar cualquier tratamiento dental:

Después de su examen, uno de nuestros dentistas proporcionará un plan de tratamiento basado en su mejor juicio clínico independiente. Usted tendrá la oportunidad de considerar abiertamente este plan y cuánto va a costar con un profesional dental. Si no está seguro acerca de cualquier tratamiento, lo que pretende lograr o porque es necesario, hable con su dentista antes de acceder al tratamiento.

### Sugerencias de preguntas que debe hacer antes de comenzar el tratamiento:

- ¿Existen otras opciones de tratamiento?
- ¿Cuánto cuesta?
- ¿Cuánto deberé si mi seguro no paga?
- ¿Existe una opción menos costosa?
- ¿Qué podría pasar si no realizo este tratamiento?
- ¿Podría este tratamiento resolver mi problema?

### Siempre puede decidir:

- Aceptar, retrasar o rechazar cualquier parte de las recomendaciones de tratamiento, inclusive el trabajo que ya está en curso.
- Utilizar otras opciones de pago, como crédito y planes de pago extendidos. Siempre debe comprender el costo adicional si usted no paga con dinero en efectivo, ya que las opciones de crédito podrían ser más costosas.
- Buscar una segunda opinión. Puede haber un costo adicional si recibe una segunda opinión de otro dentista. Recuerde que la opinión de cada dentista puede ser diferente. Usted debe elegir la opción de tratamiento que crea correcta de un dentista de confianza.
- Solicitar una copia de sus registros médicos.

### Nuestro Compromiso:

En Kool Smiles, estamos de acuerdo en cumplir con estas responsabilidades y proporcionar la atención de más alta calidad posible, proteger su privacidad, y acompañarle en su jornada de salud oral. Trabajaremos rápidamente para hacer frente a cualquiera de sus preocupaciones. Queremos ser su dentista para un largo plazo, por lo que es importante para nosotros resolver cualquier problema posible referente a su satisfacción.

Si usted tiene cualquier pregunta acerca de nuestro servicio, su tratamiento o su factura, por favor comuníquese con la oficina, el dentista, o su personal. Nuestra línea directa Patient Satisfaction Specialist (Especialista en Satisfacción al Paciente) está disponible en cualquier momento, sin costo, llamando al 1-888-644-9144.

## Si usted tiene alguna preocupación:

Nos esforzamos en crear una experiencia positiva, memorable para usted durante cada visita, al mismo tiempo que proporcionamos cuidado dental de alta calidad. Estamos comprometidos en asegurarnos que tenga una gran experiencia, pero sabemos que de vez en cuando, es posible que tenga algunas preocupaciones acerca de su visita o tratamiento dental.

Si usted tiene alguna preocupación acerca de su experiencia en nuestra oficina o acerca del tratamiento dental, usted podría tratar de resolver su preocupación hablando primero con el administrador de la oficina o dentista. Si no se puede llegar a una solución satisfactoria, por favor utilice la Línea de Satisfacción al Paciente (Patient Satisfaction Hotline) disponible en cualquier momento al 1-888-644-9144 para compartir sus preocupaciones con un representante Especialista en Satisfacción al Paciente de confianza y con experiencia.

En el caso remoto de que su inquietud o controversia aún no pueda ser resuelta de manera satisfactoria, al firmar a continuación acordamos mutuamente en resolver cualquier duda o controversia mediante arbitraje vinculante según el siguiente acuerdo:

- Kool Smiles y usted/paciente acuerdan en resolver cualquier conflicto mediante arbitraje vinculante por un solo, independiente y neutral árbitro. El arbitraje es una manera de resolver una controversia entre nosotros sin la participación de los tribunales. Por lo general, es más rápido, más fácil y menos costoso para ambos. Si usted/paciente está de acuerdo con el arbitraje, la decisión es considerará definitiva y usted/paciente no puede ir a la corte o apelar la decisión.

- Acordamos arbitrar cualquier controversia dentro de los 180 días después de la selección de un árbitro, a menos que ambos estemos de acuerdo en un plazo distinto.

- El arbitraje se dará en un lugar reconocido de arbitraje cerca de la residencia de usted/paciente. Este acuerdo de arbitraje incluirá a todas las personas que podrían hacer un reclamo en nombre de usted/paciente, otros haciendo cualquier reclamo representando a usted/paciente y cualquier reclamo basado en tratamientos dentales proporcionados por nosotros a usted/paciente o la familia de usted/paciente.

- Usted/paciente siempre conservará el derecho a presentar un reclamo con Kool Smiles, los dentistas de Kool Smiles o cualquier agencia reguladora. Este acuerdo de arbitraje no se aplicará a los conflictos de una terminación involuntaria de la relación entre paciente y dentista.

- Este acuerdo de arbitraje incluirá cualquier controversia contra Kool Smiles, así como sus dentistas, profesionales clínicos y asistentes con licencia o sin licencia, oficiales, directores, empleados, agentes, entidades matrices, subsidiarias, afiliadas, y cualquier persona o entidad que usted alegue ser responsables. Este acuerdo también incluirá controversias que implican al paciente, así como los padre(s) del

paciente, representante, tutor, apoderado, agente o cualquier persona cuya reclamación se deriva a través de o en nombre del paciente, incluyendo cualquier cónyuge, hijo, padre, ejecutor, administrador, representante personal, heredero, o sobreviviente, o cualquier persona con derecho a presentar una demanda por muerte injusta y reclame tener relación con el paciente. Si usted es el padre o tutor del paciente, el paciente es un tercero destinado beneficiario de este acuerdo.

- Este acuerdo para arbitrar cualquier controversia se rige por la Ley Federal de Arbitraje y será administrado por la American Health Lawyers Association ("AHLA") Asociación Americana de Abogados de la Salud o su sucesor, según su reglamento interno. Si el AHLA no está disponible para administrar el arbitraje, trabajaremos juntos para identificar un árbitro aceptable mutuamente, y si no podemos identificar un árbitro mutuamente aceptable dentro de los diez (10) días después de haber sido notificados acerca de la falta de disponibilidad de AHLA, entonces cualquiera de los dos puede solicitar a un tribunal para nombrar a un árbitro neutral.

- Cualquier árbitro seleccionado seguirá los términos de este acuerdo y las reglas del AHLA desde el momento en que nuestro acuerdo se concreta. El árbitro podrá ser retirado por un acuerdo mutuo escrito. El árbitro va a resolver todos los conflictos entre nosotros, incluidas las reclamaciones por muerte injusta y cualquier controversia sobre las decisiones, la aplicabilidad o el alcance de nuestro acuerdo de arbitraje.

- Cada uno de nosotros puede estar representado por nuestro propio abogado en el arbitraje. Cada uno de nosotros está de acuerdo en pagar las cuotas de nuestros propios abogados y costos, a menos que se especifique lo contrario por el árbitro. El árbitro podría dar los honorarios y gastos del abogado a la parte predominante. Kool Smiles pagará los honorarios del árbitro y el AHLA a menos que se ordene lo contrario por el árbitro. Acordamos que el tema de cómo resolver controversias sobre el cuidado dental del paciente es una decisión del cuidado de salud y nuestro acuerdo de arbitraje es una decisión del cuidado de salud. Este acuerdo de arbitraje pasará a formar parte del registro clínico del paciente.

- Si cualquier parte de nuestro acuerdo de arbitraje se determina como no válida, las disposiciones restantes de nuestro acuerdo de arbitraje permanecerán en pleno vigor y efecto.

- Este acuerdo de arbitraje cubre cualquier cuidado posterior y/o tratamiento del paciente por Kool Smiles. Este acuerdo sigue estando en efecto, a pesar de la aprobación del descargo del paciente de Kool Smiles o el terminó de la relación paciente-dentista.

- Kool Smiles se compromete a proporcionar tratamiento dental incluso si este acuerdo de arbitraje no está firmado por usted.

- Usted/paciente, puede revocar este acuerdo de arbitraje, proporcionando un aviso por escrito en el plazo de treinta (30) días a partir de su firma. Cualquier controversia que surja antes de la revocación permanecerá sujeta a nuestro acuerdo de arbitraje.

**ESTE ACUERDO GOBIERNA IMPORTANTES DERECHOS LEGALES. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR. Este es un acuerdo voluntario para resolver cualquier controversia que pueda surgir en el futuro entre las partes por arbitraje vinculante. En arbitraje vinculante, una tercera parte neutral elegida por las partes resuelve todos los conflictos entre las partes. Cuando las partes acuerdan en arbitrar, renuncian a su derecho a un juicio por jurado.**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

PACIENTE O PADRE DEL PACIENTE / TUTOR LEGAL- Con mi firma, certifico que soy el paciente, o persona autorizada para firmar en nombre del paciente. Yo declaro que el paciente me ha conferido la autoridad para firmar el acuerdo de arbitraje en nombre del paciente

Por: \_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**For office use only** (To be completed only if agreement is not signed)

1. Was the patient or guardian provided a copy of the Patient Rights & Responsibilities and did he/she have an opportunity to review with you?

Yes

No

2. Indicate reason patient or guardian did not sign: \_\_\_\_\_

Kool Smiles team member / Date: \_\_\_\_\_