

Consentimiento de responsabilidad financiera del miembro de Dental Wellness Plan (DWP) para el tratamiento

Consentimiento para el tratamiento: Otorgo mi consentimiento para los servicios que se me ofrecen a través de este formulario y según se detalla a continuación. Me han informado y comprendo los riesgos, los beneficios, la responsabilidad financiera y las alternativas a estos servicios. Comprendo que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han ofrecido garantías con respecto a los resultados del tratamiento.

Responsabilidad financiera: Al aceptar recibir servicios que nunca se cubren, superan la frecuencia o superan el beneficio máximo anual, comprendo que tendré que pagar los servicios que se indican a continuación.

Divulgación de información: Asimismo, autorizo la divulgación de la información necesaria de diagnóstico, de procedimiento y financiera, según sea necesario, con el fin de reclamar los beneficios del seguro. Comprendo que Delta Dental of Iowa tendrá acceso a toda la información disponible en los registros de este consultorio.

Las preguntas sobre los beneficios pueden responderse al llamar a Delta Dental al (888) 472-2793.

Mi responsabilidad financiera por servicio (código del procedimiento del nomenclador dental actual [CDT, por sus siglas en inglés], descripción escrita del procedimiento y cargo por código del procedimiento):

Código del procedimiento del CDT	Descripción del servicio	Cargo facturado

Al firmar este documento, certifico que he leído y comprendo el tratamiento que se proporcionará y autorizo que soy responsable de toda la responsabilidad financiera que se indica.

Firma del paciente

Identificación del miembro de DWP n.º

Fecha:

{Conserve este formulario de consentimiento completo y firmado en el registro del paciente}.