



## LIBERTY Dental Plan Consentimiento informado para tratamiento alternativo

<b>Nombre del paciente</b>	ID del miembro
<b>Suscriptor (si no es el mismo paciente)</b>	Número de plan

Descripción de los servicios alternativos y motivo de la recomendación:

Diente/ Área	Servicios cubiertos			Tratamiento alternativo*			Responsabilidad del paciente sobre el procedimiento elegido	Aceptación del paciente (iniciales)		
	Código CDT	Procedimiento Descripción	Pago compartido	Acceptad	Declina	Código CDT			Procedimiento Descripción	Costo alternativo

\*"Tratamiento alternativo" quiere decir tratamiento alternativo o actualizado propuesto o recomendado para el mismo problema o problemas dentales que el "Servicio cubierto." El servicio cubierto se indica como cubierto por su plan, mientras que el tratamiento alternativo no está cubierto por su plan (es decir, que si elige el tratamiento alternativo, incurrirá en el "costo alternativo" especificado). Usted tiene la opción de elegir uno de los dos servicios y será responsable de la "Responsabilidad del paciente sobre el procedimiento elegido" que se indique. Cómo calcular el costo alternativo = costo usual del tratamiento alternativo menos (-) costo usual del servicio cubierto más (+) cualquier pago compartido que se indique por el servicio cubierto.

**Responsabilidad total del paciente por el procedimiento o procedimientos elegidos: \$** \_\_\_\_\_

Le expliqué al paciente: sus opciones de tratamiento, los riesgos y ventajas de cada una (y de sus alternativas), y que aunque se propuso un tratamiento alternativo, los servicios cubiertos por su plan de beneficios también cumplen las normas estándar de cuidados de atención dental relevantes.

Sí  No

Firma del dentista

Nombre del dentista

Fecha

Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente: (i) el dentista mencionado me explicó el tratamiento alternativo o actualizado propuesto mencionado anteriormente ("tratamiento alternativo") y los costos adicionales asociados con este tratamiento (los "costos alternativos"); (ii) entiendo que tengo derecho a escoger entre el servicio cubierto o el tratamiento alternativo indicado anteriormente, y entiendo los riesgos, ventajas y costos de cada uno de ellos; (iii) si elegí alguno de los tratamientos alternativos especificados anteriormente, doy mi consentimiento a dicho tratamiento y entiendo: que soy exclusivamente responsable del costo del tratamiento alternativo, que dicho tratamiento no está cubierto por LIBERTY Dental Plan, y que el servicio o servicios cubiertos que estoy rechazando también hubieran cumplido con las normas estándares de cuidados de atención dental relevantes; (iv) entiendo que aunque puede que haya opciones de financiación disponibles, no estoy obligado a seleccionar ninguna opción de financiamiento específica ni a hacer uso de ninguna de ellas; y (v) si tengo alguna pregunta o preocupación sobre mi plan de tratamiento dental, los pagos compartidos o los costos adicionales, me pondré en contacto con LIBERTY Dental Plan llamando al -268-9012 o al 888-700-0643 (Nevada) antes de firmar lo siguiente.

Firma del paciente (padre o tutor legal)

Nombre del paciente

Fecha