



Consentimiento informado para un tratamiento alternativo

| | | |
|---------------------|------------------------|-------------------------------------------|
| Nombre del paciente | ID del miembro | Número de teléfono/dirección del paciente |
| | | |
| Fecha de nacimiento | Número/Nombre del plan | |
| | | |

| Diente/ Área | Servicios cubiertos | | | | | Tratamiento alternativo* | | | | | Gastos de bolsillo del paciente por servicios elegidos | Aceptación del paciente (iniciales) |
|-----------------|---------------------|-------------------------------|--------|----------|-----------|--------------------------|-------------------------------|--------------------|----------|-----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| | Código CDT | Descripción del procedimiento | Copago | Aceptado | Declinado | Código CDT | Descripción del procedimiento | Costo Alternativo* | Aceptado | Declinado | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

**"Tratamiento alternativo" significa otro servicio ofrecido al miembro que no es un servicio cubierto o es una mejora a un servicio cubierto. Un servicio cubierto es un beneficio que su plan dental pagará, sin costo alguno para el miembro. El tratamiento alternativo no está cubierto por su plan. Si eligió el tratamiento alternativo, tendría que pagar por el servicio no cubierto. Puede elegir entre el servicio cubierto y el tratamiento alternativo. La fórmula para el Costo Alternativo (costo que usted paga) = costo habitual del Tratamiento Alternativo menos (-) el costo habitual del servicio cubierto más (+) cualquier copago listado para el servicio cubierto."*

Responsabilidad total del paciente por el tratamiento alternativo: \$ _____

Al firmar a continuación (**Dentista**), confirmo que le he explicado al paciente: sus opciones de tratamiento, los riesgos y beneficios del Tratamiento Alternativo, el costo del Tratamiento Alternativo y otros servicios cubiertos que cumplirían con los estándares dentales de atención.

Al firmar a continuación (**Paciente**), entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. El dentista ha explicado y respondido mis preguntas relacionadas con el servicio cubierto, opciones de tratamiento alternativo, y el costo del tratamiento no cubierto.
2. Entiendo que tengo el derecho de elegir entre el servicio cubierto o el tratamiento alternativo escrito anteriormente.
3. He elegido y consentido el Tratamiento Alternativo escrito anteriormente.
4. Entiendo que soy responsable del costo del Tratamiento Alternativo, y que el Plan no cubrirá su costo.
5. He escogido **no** usar los servicios cubiertos que están dentro de los estándares dentales de atención.
6. Entiendo que puede haber opciones de financiamiento disponibles, y queda a mi propio criterio si elijo usar una compañía financiera. No tengo que seleccionar una opción de financiamiento o usar una.

Si tengo alguna pregunta o inquietud sobre mi plan de tratamiento dental, copagos o costos adicionales, me pondré en contacto con LIBERTY Dental Plan al **800-268-9012** antes de firmar a continuación.

Nombre del paciente

Firma del paciente (padre, madre o tutor legal)

Nombre/Firma del dentista

Fecha