

Fecha de aceptación	ID de cliente	Número NPI del proveedor	Nombre del cliente
Artículo(s)/servicio(s) aceptado(s)			
<p>La siguiente información es obligatoria para la entrega de todas las dentaduras postizas completas (D5110/D5120) El cliente debe contestar y firmar las dos secciones de este formulario antes de que la Health Care Authority (HCA) pague los servicios.</p>			
Sección 1: Muestra de cera			
<p>Una muestra de cera es un modelo de su(s) dentadura(s) postiza(s) con los dientes colocados en cera del color de las encías. El objetivo de una muestra de cera es confirmar la mordida, el color y la posición de los dientes y el aspecto general de la(s) dentadura(s). En la muestra de cera se pueden hacer los cambios al aspecto de los dientes. Durante esta muestra, es posible que los dientes se sientan flojos y voluminosos. Una vez que la muestra de cera sea aprobada, la dentadura se terminará directamente de la muestra de cera.</p>			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está conforme con el color de los dientes? Si no, ¿por qué no?			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está conforme con la posición y el ajuste de los dientes? Si no, ¿por qué no?			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está conforme con el tamaño y la forma de los dientes? Si no, ¿por qué no?			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Está conforme con la cantidad de color rosado o material de la encía que se muestra? Si no, ¿por qué no?			
<p>La firma del cliente o de la persona designada con poder notarial indica que: He realizado una prueba con la "muestra" de cera de mi(s) futura(s) dentadura(s) y apruebo la mordida, el aspecto y el color de los dientes. Comprendo que al firmar este formulario acepto que el proveedor puede hacer la(s) dentadura(s) y que será difícil hacer cambios posteriores.</p> <p>NOTA: Usted debe indicar ahora si no le gusta alguna de las características señaladas arriba incluso después de hacer ajustes. Si los cambios no son posibles, esto me ha sido explicado y comprendo y acepto plenamente la(s) dentadura(s) una vez que esté(n) terminada(s).</p>			
Firma del cliente/tutor/representante con poder notarial			Fecha
Sección 2: Entrega y ajuste de la(s) dentadura(s) postiza(s)			
<p>La firma del cliente o de la persona designada con poder notarial indica que: Mis dentaduras definitivas me han sido entregadas y se han colocado en mi boca. El proveedor las ha ajustado para satisfacer mis necesidades y acepto la entrega. Comprendo que estas son mis dentaduras definitivas.</p>			
Firma del cliente/tutor/representante con poder notarial			Fecha de entrega
<p>La firma del dentista/técnico dental indica que los servicios provistos cumplen con los estándares de atención y corresponden a un producto de calidad aceptable. El proveedor además entiende que el precio total de las dentaduras incluye tres meses de atención postoperatoria, incluyendo ajustes y acondicionamiento del tejido.</p>			
Firma del dentista/técnico dental (a firmar en la fecha de entrega)			Fecha

Este formulario debe estar contestado y contar con todas las firmas en la fecha de entrega. Esta será la fecha que la agencia esperará ver en su factura.

Debe conservar una copia en el expediente de su cliente y proporcionarla a la Health Care Authority cuando se le solicite para determinar que todos los requisitos de WAC 182-535-1090 se han cumplido.