



PROGRAMA DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DE IMPLANTES FUERA DEL ESTADO

PARA REFERIR A MÉDICAS Y PACIENTES

**6200 S MCCLINTOCK DRIVE
TEMPE, ARIZONA**

WWW.NEWHORIZONDENTAL.ORG



PROGRAMA DE REFERENCIA FUERA DEL ESTADO

CÓMO UNIRSE A NOSOTROS EN TEMPE, AZ

ACERCA DE NUEVOS HORIZONTES

New Horizon Institute es una clínica dental sin fines de lucro 501 (c) 3 designada por la federación, creada para atender a aquellos que no pueden pagar los honorarios de la práctica privada al asociarse con Implant Pathway, una empresa de CE dental en vivo.

CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS NUEVOS HORIZONTES

Fundada en 2018, New Horizons ha donado más de 5,000 cirugías de implantes dentales a pacientes que de otra manera no podrían pagar la única terapia de reemplazo de dientes verdadera de la odontología. A medida que se corrió la voz, muchos pacientes se comunicaron con nosotros de todo el país, por lo que hemos preparado este breve folleto de derivación fuera del estado para ayudar a aliviar la falta de comunicación y garantizar una atención ideal para el paciente después de la cirugía.

Para servir mejor a nuestros pacientes viajeros. New Horizons requiere que los pacientes tengan una relación establecida con un dentista restaurador en casa. Esto incluye un plan de tratamiento firmado, prótesis dentales temporales de curación inmediata prefabricadas (si es necesario) y CBCT preoperatorio, fotos e historial médico. La consulta se realizará de forma remota y el paciente solo necesita viajar a Tempe, AZ para la cita quirúrgica y cualquier seguimiento necesario.

PUNTOS CLAVE

- Los pacientes de fuera del estado son bienvenidos en New Horizon siempre que tengan una relación con el dentista establecida en su estado de origen.
- Los pacientes y su dentista de cabecera son responsables de todos los cuidados restaurativos., incluyendo pero no limitado a provisionales / dentaduras postizas inmediatas y prótesis definitivas. Se requiere un plan de tratamiento firmado para programar una cirugía.
- New Horizons coordinará la cirugía, el seguimiento quirúrgico y estará disponible para ayudar con cualquier pregunta de restauración junto con el dentista remitente.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REFERENCIA

REQUISITOS DE REFERENCIA

Consulte la lista de verificación a continuación para conocer los requisitos antes de solicitar una consulta de implante virtual. ¿Su dentista le ayuda a completar esta lista de verificación?

- Plan de tratamiento restaurativo firmado por el consultorio dental local del estado una. Si la corona y el puente (implantes unitarios) deben tener un plan de restauración para el descubrimiento de la segunda etapa (D6011), el pilar (D6057) y la corona o puente final (D6065 / D6068)
- Se envió recientemente Conebeam CT (rayos X 3D) a office@newhorizondental.org a través de www.wetransfer.com para revisión clínica
- Historial médico reciente (escaneado del consultorio dental) y fotos extra e intraorales si es posible. También se puede enviar a través de wetransfer.com en un archivo ZIP
- Si una dentadura postiza temporal, parcial o inmediata (recomendamos solo las dentaduras postizas de cicatrización inmediata maxilar para el tratamiento de arco completo / boca completa) es apropiada, esta se puede enviar con el paciente cuando viaje para la cirugía. New Horizons entregará y hará ajustes en el momento del parto, pero no fabricará dentaduras postizas inmediatas para pacientes fuera del estado.

Una vez que todos los formularios estén firmados y enviados a office@newhorizondental.org, los dentistas de New Horizons realizarán una consulta virtual utilizando el historial médico, fotos clínicas y radiografías. Si el paciente es aprobado para la terapia con implantes dentales, nos comunicaremos para coordinar la programación de la cirugía durante uno de nuestros cursos donados, o nos comunicaremos para obtener más información.

He leído y entiendo todos los requisitos para recibir atención dental donada en New Horizons Surgical Center en Tempe, Arizona.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

HOJA DE INFORMACIÓN DE LA OFICINA DENTAL DOMICILIARIA

Nombre del consultorio dental: _____

Dirección del consultorio dental: _____

Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del dentista remitente: _____

Firma del dentista remitente: _____

Describa brevemente el tratamiento que usted y el paciente están interesados en seguir:

¿Ha realizado un curso de Implant Pathway? Si [] No []

¿Le gustaría ser contactado por nuestro Director de Programa para aprender más sobre la capacitación en implantes dentales con Implant Pathway en Tempe, AZ?

Si [] No, gracias []