

Teledentistry Consent Agreement

(versión en español a continuación)

**IF YOU HAVE A MEDICAL EMERGENCY,
IMMEDIATELY CALL YOUR DOCTOR OR DIAL 911**

I hereby request, consent and authorize Denteractive Solutions Inc. and its subsidiaries, affiliates, representatives, and agents (collectively, "Denteractive") and their employed, contracted or otherwise affiliated dentists, physicians, or other licensed health care professionals (each, a "Dentist"), to utilize telemedicine (including teledentistry) through Denteractive proprietary systems, methods and protocols and/or other means such as by telephone or messaging to access, diagnose, consult, treat, refer and educate me and those I am authorized to represent (the "Teledentistry Services").

I acknowledge and consent to see a Dentist via telemedicine or other means and that the only provider/patient relationship I will form is with such Dentist directly under the authority of their personal licensure and not with any other person or organization. I understand that my eligibility to receive a visit via telemedicine or other means is based on the Dentist's independent medical judgment based on such Dentist's training and licensure that it is appropriate and that the quality of care will not be diminished by the use of telemedicine or such other means as the Dentist may choose. I understand that a telemedicine visit is distinct from an in-person visit because I will not be in the same room as the health care Dentist, and instead, I will communicate with the Dentist through communication technology using live video and/or audio feed or other communication technology.

I acknowledge and agree that all Teledentistry Services will be delivered in the English language and our service is not available to you and you should not request a consultation from us if you are not fluent in English. If anyone helps you to translate or otherwise comprehend the English language used in the course of your services you do so at your own risk and responsibility.

I acknowledge and agree that the Teledentistry Services and all other interactions with Denteractive to include any use of the website www.Denteractive.com is fully subject to our this Teledentistry Consent Agreement, the Denteractive Terms of Use located at www.denteractive.com/terms-of-use/ and the Denteractive Privacy Policy located at www.denteractive.com/privacy-policy/. Please contact us at legal@denteractive.com if you have any questions regarding any of these agreements, terms or policies.

I acknowledge that in order to protect my privacy, I need to choose a private location to place my telemedicine call. I understand that in order to provide the best call environment, I should reduce background light from windows or light emanating from behind me. I understand that my camera should be placed on a

secure, stable platform to avoid wobbling and shaking during the telemedicine session. To the extent possible, my camera should be placed at the same elevation as my eyes with my face clearly visible to the other person. I understand that I will be informed of the presence of any third party, including those that may be present to assist with the audio or video equipment, and that I have the right to: (1) omit specific details of medical history or physical examination that are sensitive to me during such third party presence; (2) ask non-medical personnel to leave the telemedicine examination room; and/or (3) terminate the consultation at any time by notifying the Dentist or disconnecting from the telemedicine portal.

I understand the potential risks of receiving the Teledentistry Services via telemedicine include: delays in medical evaluation due to technological equipment failure, a lack of access to all relevant information, or a security breach allowing unauthorized access to my confidential medical information. I understand that my Dentist or I may terminate the telemedicine visit at any time, including if the Dentist or I feel that an in-person visit is necessary for any reason. I have had the Teledentistry Services and alternatives to telemedicine for my Teledentistry Services explained to me and I choose to and continue with a telemedicine visit.

I understand that any complaint may be filed with the Secretary of the Department of Health and Human Services. I have read and understood the written information provided above. I agree that the information provided above adequately explains the Teledentistry Services, along with the risks and benefits to me of said Teledentistry Services. I have had the opportunity to ask questions about this information – if I had any questions, all of my questions have been answered in full. By electronically signing this form, I acknowledge and agree to all of the above, and certify that I have no questions and/or have had my questions answered in full.

By electronically signing this informed consent, I agree to conduct transactions electronically, and intend for my electronic signature to be a binding electronic signature on myself and those I am authorized to represent. You are free to print a copy of this informed consent now or you may request a paper copy from Denteractive using the contact information below:

If you have any questions, please contact legal@denteractive.com.

This Teledentistry Consent Agreement was last updated on **February 8, 2021**.

Acuerdo de consentimiento de teledentista

**SI TIENE UNA EMERGENCIA MÉDICA,
LLAME INMEDIATAMENTE A SU MÉDICO O MARQUE EL 911**

Por la presente solicito, otorgo mi consentimiento y autorizo a Denteractive Solutions Inc. y a sus subsidiarias, afiliadas, representantes y agentes (colectivamente, "Denteractive") y a sus dentistas, médicos u otros profesionales de la salud con licencia, empleados, contratados o afiliados (cada uno, el "Dentista"), el uso de la telemedicina (incluida la teledeontología) a través de sistemas, métodos y protocolos patentados de Denteractive u otros medios, como por teléfono o mensajes, para acceder, diagnosticar, consultar, tratar, derivar y educarme a mí y a aquellos a quienes estoy autorizado a representar (los "Servicios de teledentista").

Acepto y doy mi consentimiento para ver a un dentista a través de la telemedicina u otros medios y que la única relación proveedor/paciente que estableceré es con dicho dentista directamente bajo la autoridad de su licencia personal y con ninguna otra persona u organización. Entiendo que mi elegibilidad para recibir una visita a través de telemedicina u otros medios se basa en el juicio médico independiente del dentista basado en la capacitación y la licencia de dicho dentista de que es apropiado y que la calidad de la atención no se verá disminuida por el uso de telemedicina u otros tales medios que elija el dentista. Entiendo que una visita de telemedicina es distinta de una visita en persona porque no estaré en la misma habitación que el dentista de atención médica y, en cambio, me comunicaré con el dentista a través de tecnología de comunicación utilizando video en vivo o audio, u otras tecnologías de la comunicación.

Acepto que todos los Servicios de teledentista se brindarán en inglés. Asimismo, acepta que nuestro servicio no está disponible para usted y no debe solicitarnos una consulta si no domina el inglés. Si alguien le ayuda a traducir o comprender el idioma inglés utilizado en el curso de sus servicios, lo hace bajo su propio riesgo y responsabilidad.

Acepta que los Servicios de teledentista y todas las demás interacciones con Denteractive que incluyan cualquier uso del sitio web www.Denteractive.com están totalmente sujetos a nuestro Acuerdo de consentimiento de teledentista, los Términos de uso de Denteractive, disponibles en www.denteractive.com/terms-of-use/, y la Política de privacidad de Denteractive, publicada en www.denteractive.com/privacy-policy/. Comuníquese con nosotros a través de legal@denteractive.com si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estos acuerdos, términos o políticas.

Acepto que, para proteger mi privacidad, debo elegir un lugar privado para realizar mi llamada de telemedicina. Entiendo que, para proporcionar el mejor entorno de

llamada, debo reducir la luz de fondo de las ventanas o la luz que se emane detrás de mí. Entiendo que mi cámara debe colocarse en una plataforma segura y estable para evitar que se mueva y tiemble durante la sesión de telemedicina. En la medida de lo posible, mi cámara debe colocarse a la misma altura que mis ojos y mi rostro debe estar claramente visible para la otra persona. Entiendo que se me informará de la presencia de un tercero, incluidos aquellos que puedan estar presentes para ayudar con el equipo de audio o video, y que tengo derecho a: (1) omitir detalles específicos del historial médico o examen físico que sean confidenciales para mí durante la presencia de un tercero; (2) pedirle al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina; o (3) dar por terminada la consulta en cualquier momento notificando al dentista o desconectándome del portal de telemedicina.

Entiendo que los posibles riesgos de recibir los Servicios de teledentista a través de la telemedicina incluyen retrasos en la evaluación médica debido a fallas en el equipo tecnológico, falta de acceso a toda la información relevante o una infracción de seguridad que permite el acceso no autorizado a mi información médica confidencial. Entiendo que mi dentista o yo podemos terminar la visita de telemedicina en cualquier momento, incluso si el dentista o yo creemos que una visita en persona es necesaria por cualquier motivo. Me han explicado los Servicios de teledentista y las alternativas a la telemedicina para mis Servicios de teledentista, y elijo y continúo con una visita de telemedicina.

Entiendo que cualquier queja puede presentarse ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. He leído y comprendo la información escrita proporcionada anteriormente. Acepto que la información provista anteriormente explica adecuadamente los Servicios de teledentista, junto con los riesgos y beneficios que dichos Servicios de teledentista significan para mí. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre esta información; si tenía alguna pregunta, se respondieron todas mis preguntas. Al firmar electrónicamente este formulario, reconozco y acepto todo lo anterior, y certifico que no tengo preguntas o que se han respondido todas mis preguntas.

Al firmar electrónicamente este consentimiento informado, acepto realizar transacciones electrónicamente y tengo la intención de que mi firma electrónica sea una firma electrónica vinculante para mí y para aquellos a quienes estoy autorizado a representar. Puede imprimir una copia de este consentimiento informado ahora o puede solicitar una copia impresa a Denteractive utilizando la información de contacto a continuación:

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con legal@denteractive.com.

Este Acuerdo de consentimiento de teledentista se actualizó por última vez el **8 de febrero de 2021**.