

## Información del paciente

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Sexo: M F SSN: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de Licencia/Identificación \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses  
 Domicilio del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre de seguro Médico \_\_\_\_\_ Tiene o ha tenido un contrato con Western Dental?  Si  No  
 Primer nombre de esposo(a) \_\_\_\_\_ Apellido de esposo(a) \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## Información de la persona responsable (Si usted es responsable no llene esta sección)

Relación del paciente: \_\_\_\_\_  
 Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Sexo: M F SSN: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de Licencia/Identificación \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses  
 Domicilio de empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Nombre de seguro Médico: \_\_\_\_\_

## Contactos en caso de emergencia

**Primer Contacto:** Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Por cuántos años conoce a esta persona: \_\_\_\_\_  
**Segundo Contacto:** Primer nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Por cuántos años conoce a esta persona: \_\_\_\_\_  
**Tercer Contacto:** Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de su casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Por cuántos años conoce a esta persona: \_\_\_\_\_

## Información del seguro primario

Primer nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Relación del paciente con el asegurado (circule) Yo mismo Esposo(a) Hijo(a) Padre/Madre Sexo: M F SSN: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 Domicilio de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_  
 N° de grupo \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre y número del sindicato local \_\_\_\_\_

## Información del seguro secundario

Primer nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Relación del paciente con el asegurado (circule) Yo mismo Esposo(a) Hijo(a) Padre/Madre Sexo: M F SSN: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_  
 Compañía de seguros \_\_\_\_\_ Teléfono de la compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 Domicilio de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_  
 N° de grupo \_\_\_\_\_ N° de póliza: \_\_\_\_\_ Nombre y número del sindicato local \_\_\_\_\_

### Responsabilidad financiera

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hay, u otros montos que de otro modo correspondan pagarse a mí o en mi nombre por los servicios proporcionados, se paguen directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos de los servicios proporcionados por el proveedor. Si los montos del seguro no son suficientes para cubrir mis obligaciones por los servicios proporcionados, soy responsable por la cantidad que falte. Autorizo al proveedor del servicio a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También doy mi consentimiento para que nos realicen un examen o tratamiento a mí y a mis hijos menores de edad que se han nombrado, por parte de los doctores, los ayudantes de doctores y demás personal médico. El no dar la información completa podría causar que yo reciba una factura por los servicios.

### Verificación y cobros

Certifico que toda la información está completa y es correcta. Western Dental puede verificar esta información usando todas las fuentes que crea necesarias (incluyendo, entre otras cosas, los informes de crédito) y puede proporcionar a otros información sobre mi historial de crédito (o informe de crédito), mi información de contacto y mi número de seguro social hasta donde lo permita la ley. Esta es la autorización que otorgo a Western Dental para que verifique mi identidad y mi historial de crédito. Al darle a Western Dental el número de mi celular, estoy dando mi consentimiento para recibir en ese número y en cualquier número de celular que yo proporcione en el futuro, las llamadas automatizadas y pregrabadas de Western Dental o de un tercero que llame para cobrar una deuda.

### Consentimiento para registrar, filmar y grabar

Autorizo a Western Dental y a sus empleados, agentes y representantes a que filmen y graben la visita y el tratamiento del paciente en el día de hoy y todas las visitas y tratamientos futuros del paciente para que Western Dental los utilice para sus actividades operativas de atención médica, incluyendo entre otras cosas: actividades de evaluación y mejoras de calidad, lo cual incluye el manejo de casos y la coordinación del cuidado; actividades que aseguren que se cuente con las habilidades que corresponden; conducción o arreglos para las revisiones médicas, auditorías o servicios legales, incluyendo la detección de fraude y abusos y los programas de cumplimiento; planificación, desarrollo, conducción y administración del negocio; actividades de conducción del negocio y actividades administrativas en general.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma de la persona responsable: \_\_\_\_\_

## For Office Use Only

Date: \_\_\_\_\_ Other WDS contracts: \_\_\_\_\_ Signature of Employee: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Conteste todas las preguntas en esta forma. Ejemplos de como contestar:

Responda así



No responda así



Nombre del paciente

Inicial Apellido

[Grid for patient name and initials]

Edad

Estatura (pies-pulgadas)

Peso (lbs)

Teléfono principal

Sexo

[Grid for age, height, weight, phone, and gender (M/F)]

En caso de emergencia, contactar a (persona)

[Grid for emergency contact name]

¿Porque esta aquí ahora?

¿Cuando fue su última visita al dentista?

¿Cuando le tomaron las ultimas radiografías dentales?

¿Están disponibles sus radiografías?

[Grid for visit dates and radiograph availability (Si/No)]

Nombre del Dentista anterior

Teléfono del Dentista anterior

[Grid for previous dentist name and phone]

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 1. ¿Está usted bien de salud?  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 18. Los tobillos se le hinchan   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación u hospitalización durante los últimos cinco años? (Describa en la página 3) | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 19. Dificultad para respirar cuando se acuesta, o requiere almohadas adicionales para dormir | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 3. ¿Ha tenido algún cambio en su salud general en el último año?   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 20. Un marcapasos cardíaco   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 4. ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? (Describa en la página 3)   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 21. Baja presión sanguínea   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| ¿Tiene o ha tenido usted alguna de las enfermedades o condiciones siguientes?  |   | 22. Problemas de sinusitis   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 5. Válvulas dañadas del corazón o válvulas artificiales  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 23. Asma   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 6. Lesiones congénitas del corazón o soplos cardiacos  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 24. Enfisema o problemas respiratorios   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 7. Alta presión sanguínea  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 25. Tuberculosis   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 8. Infarto   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 26. Tos persistente o tos con sangre   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 9. Insuficiencia cardiaca  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 27. Desmayos o convulsiones  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 10. Oclusión coronaria   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 28. Diabetes   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 11. Arteriosclerosis   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 29. Orina más de 6 veces al día  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 12. Apoplejía (derrame cerebral)   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 30. Tiene sed muy seguido  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 13. Bypass coronario   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 31. Se le reseca la boca frecuentemente  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 14. Fístula coronaria  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 32. Problemas del riñón  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 15. Otra enfermedad/condición cardiovascular   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 33. Problemas del estómago o úlceras   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 16. Dolor en el pecho debido a esfuerzo  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 34. Hepatitis, ictericia, enfermedad del hígado  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 17. Falta de aire después de ejercicio leve  | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | 35. Enfermedad venérea   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
|  |   | 36. VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) / SIDA   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
|  |   | 37. Herpes   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

Nombre de su médico

Teléfono principal

[Grid for doctor name and phone]

Domicilio

Apt

[Grid for address and apartment number]

Ciudad

Estado

Zona Postal

[Grid for city, state, and zip code]

38. Artritis o inflamación dolorosa de las coyunturas  Si  No  
 39. Lupia / Enfermedad autoinmune  Si  No

40. Prótesis (Marque los que apliquen)  
 A. NINGUNO  E. Coyuntura prostética  
 B. Prótesis de cadera  F. Placas óseas  
 C. Implante  G. Otro (Describa en la página 3)  
 D. Tornillo óseo

41. Trastornos sanguíneos como la anemia  Si  No  
 42. Sangrado anormal asociado con cirugía previa, traumatismos o extracciones dentales  Si  No  
 43. Le salen moretones  Si  No  
 44. ¿Alguna vez ha requerido de una transfusión de sangre? (Describa en la página 3)  Si  No

Usted utiliza o ha utilizado alguno de los siguientes:

45. Tabaco: fumar  
 A. No  C. Un Paquete al día  
 B. Menos de un paquete al día  D. Más de un paquete al día

46. Tabaco: masticarlo  
 A. No  C. Una vez al día  
 B. Menos de una vez al día  D. Más de una vez al día

47. Alcohol  
 A. No  C. Una bebida al día  
 B. Menos de una bebida al día  D. Más de una bebida al día

48. Drogas recreativas  Si  No

49. ¿Ha tomado usted el medicamento de dieta Redux (Fen-Phen)?  Si  No

50. ¿Está usted tomando algún medicamento? (Marque los que apliquen)  
 A. Antibióticos o medicamentos sulfa  I. Cortisona y prednisona (esteroides)  
 B. Medicina para la alta presión sanguínea  J. Sedantes  
 C. Antidepresivos  K. Aspirina  
 D. Antihistamínicos  L. Digitalis o medicinas para problemas cardíacos  
 E. Insulina, tolbutamida (Orinase) o medicina  M. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal  
 F. Nitroglicerina  N. Remedios homeopáticos (Describa abajo)  
 G. Medicina para osteoporosis Fosamax, Aredia, Boniva, Zometa (bifosfonatos)  O. ¿Otras medicinas? (Describa en la página 3)  
 H. Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)  P. NINGUNO

51. ¿Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes? (Marque los que apliquen)

- A. Anestésicos locales  H. Cortisona y prednisona (esteroides)  
 B. Medicina para la alta presión sanguínea  I. Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir  
 C. Sulfamidas  J. Yodo  
 D. Aspirina  K. Níquel u otros metales  
 E. Codeína u otros narcóticos  L. Otras alergias (Describa en la página)  
 F. Productos de hule (látex)  M. NINGUNO  
 G. Penicilina u otros antibióticos

52. ¿Ha tenido alguna cirugía o tratamiento con radiografías por un tumor, crecimiento, o cualquier otra condición en la boca o la cabeza?  Si  No

53. ¿Ha tenido tratamiento de quimioterapia para el cáncer o cualquier otra enfermedad? (Describa en la página 3)  Si  No

54. ¿Está expuesto regularmente a radiografías o radiación ionizante en su trabajo?  Si  No

55. ¿Usa lentes de contacto?  Si  No

56. ¿Tiene algún problema asociado con su período menstrual?  Si  No

57. ¿Está embarazada?  Si  No

58. ¿Está lactando?  Si  No

59. ¿Le duelen algunos de sus dientes? (Describa en la página 3)  Si  No

60. ¿Qué tan seguido se cepilla los dientes? (Marque uno)  
 A. Menos de una vez al día  C. Más de una vez al día  
 B. Una vez al día

61. ¿Cuándo se cepilla los dientes? (Marque todos los que apliquen)  
 A. En la mañana  C. Después de comer  
 B. En la noche

62. ¿Qué tan seguido usa el hilo dental? (Marque uno)  
 A. Nunca  C. Una vez al día  
 B. A veces

63. ¿Le sangran o le duelen sus encías?  Si  No

64. ¿Alguno de sus dientes es sensible a? (Marque los que apliquen)  
 A. Caliente  C. Frío  E. NINGUNO  
 B. Dulces  D. Presión

65. ¿Se le atora la comida en los dientes?  Si  No
66. ¿Tiene usted? (Marque los que apliquen)
- A. Frecuentes dolores de cabeza  C. Dolores de hombro
- B. Dolores en el cuello  D. NINGUNO
67. ¿Aprieta o rechina los dientes?  Si  No
68. ¿Ha experimentado algún dolor o dolencia en los músculos de la cara o alrededor de sus oídos?  Si  No
69. ¿Hace ruido su quijada al abrir, cerrar o comer?  Si  No
70. ¿Hay algo acerca de sus dientes o sonrisa que le gustaría cambiar? (Describa abajo)  Si  No
71. ¿Utiliza usted algún tipo de dentadura completa o parcial u otro aparato dental removible?  Si  No
72. ¿Hay algo en su dentadura, parcial o completa que le gustaría cambiar? (Describa abajo)  Si  No

**Comentarios y descripciones adicionales**

¿Cuál era la enfermedad, operación o la hospitalización en los últimos 5 años? (pregunta 2)

¿Cuál es la condición por la cual usted es ahora tratado por un médico? (Pregunta 4)

¿Qué otros implantes o prótesis tiene usted? (Pregunta 40)

¿Cuáles fueron las circunstancias de su transfusión de sangre? (Pregunta 44)

¿Qué otras drogas o medicamentos toma usted? (Pregunta 50)

¿A qué otras drogas/materiales tiene alergias o ha reaccionado adversamente? (Pregunta 51)

¿Por cuál cáncer u otra enfermedad lo han tratado con quimioterapia? (Pregunta 53)

¿Cuales dientes le duelen? (Pregunta 59)

¿Hay algo de sus dientes o su sonrisa que le gustaría cambiar? (Pregunta 70)

¿Hay algo en su dentadura, parcial, completa o cualquier otro aparato dental removible que le gustaría cambiar? (Pregunta 72)

Por medio de la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He estipulado todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se le tomen radiografías y se le examine.

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_  
si el paciente es menor de edad

Fecha / /

Signature of DENTIST \_\_\_\_\_

ID#

Date / /

**ACTUALIZACION**

¿Ha habido cambios en su historial médico, incluyendo las medicinas que toma, desde la última vez que llenó esta forma?  Si  No

Firma del PACIENTE o TUTOR LEGAL \_\_\_\_\_  
si el paciente es menor de edad

Dr. Signature \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



**ACUERDO DE ARBITRAJE**  
**DOCUMENTO DE RENUNCIA DE DERECHO PARA REALIZAR PROCESO JUDICIAL**

Cuadro del paciente No. \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Ubicación de oficina: \_\_\_\_\_

**Cláusula 1: Acuerdo para arbitrar:** Se entiende que toda disputa que se refiera al mal desempeño profesional de la medicina —es decir, en cuanto a decidir si alguno de los servicios médicos que se hubieran brindado en virtud de este contrato fue innecesario o no autorizado, o si se hubiera suministrado en forma impropia, negligente o incompetente— se resolverá por arbitraje, según lo establecen las leyes de Arizona y no mediante un juicio ni un amparo ante el tribunal, con excepción de lo establecido por las leyes de Arizona para la revisión de los procedimientos judiciales de arbitraje. **Las dos partes que intervienen en el presente Contrato, mediante la celebración del mismo, renuncian a su derecho constitucional de solucionar esta disputa en un tribunal frente a un jurado y, en cambio, aceptan el uso de este arbitraje.**

**Cláusula 2: Todos los reclamos deberán ser arbitrados:** Las partes convienen en que este acuerdo de arbitraje cubra todos los **reclamos o controversias** que se refieran a las cuestiones descritas en la Cláusula 1, salvo los reclamos exclusivos comprendidos en el Juzgado de Arizona, ya fuera por un acto ilícito (intencional o negligente), del contrato o de otra naturaleza, entre ellos y en forma no taxativa, los juicios referentes a las cuestiones que se comentan en la Cláusula 1 y que también comprenden los reclamos por pérdida del cónyuge, homicidio culposo, discriminación, aflicción emocional o daños por maltrato. El arbitraje, de conformidad con los términos del presente Contrato, será obligatorio para las partes cuyos reclamos —según se describen en la Cláusula 1— pudieran surgir de, o relacionarse de cualquier manera con, el tratamiento o los servicios prestados o no prestados por Western Dental of Arizona, Inc. ("Western"), o cualquier empleado, agente o proveedor de Western, incluso el cónyuge o los herederos de un Paciente y cualquiera de sus hijos, ya nacidos o por nacer, en el momento que surgiera el hecho que da lugar al reclamo. El infrascrito entiende y acepta que al firmar el presente Contrato en representación de otra persona a la que tiene bajo su responsabilidad, quedará obligado por los términos y condiciones del contrato, como así también, cualquier tercero que pudiera presentar un reclamo que surja del tratamiento o de los servicios prestados a esa persona.

La referencia a Western incluye a la sociedad y sus empleados, agentes y proveedores. La presentación de cualquier causa judicial en cualquier tribunal por parte de Western con el fin de cobrar honorarios al paciente, no implica la renuncia al derecho de exigir la realización del arbitraje de cualquier reclamo que se describa en la Cláusula 1. No obstante, luego de la reivindicación de cualquier reclamo contra Western, toda disputa sobre honorarios, esté o no sujeta a alguna acción legal existente, también se resolverá mediante el mismo arbitraje.

**Cláusula 3: Procedimientos y leyes aplicables:** El Paciente iniciará el arbitraje presentando una Demanda de Arbitraje a Western y a cada una de las partes demandadas. El reclamo se enviará por correo de los Estados Unidos, con franqueo pre-pago a: General Counsel, Western Dental, 530 S. Main Street, Suite 600, Orange, CA 92868. Un Pedido de Arbitraje debe: comunicarse por escrito a todas las partes; identificar a cada uno de los demandados; describir el reclamo contra cada una de las partes, y la cantidad pretendida en concepto de daños y perjuicios; como así también, los nombres, domicilios y números telefónicos del Paciente y su abogado. El Paciente y Western están de acuerdo que cualquier arbitraje gobernado por este acuerdo será determinado por un solo árbitro imparcial, elegido por las partes y sera resuelto usando las reglas del American Arbitration Association. (El arbitraje, sin embargo, no sera determinado por American Arbitration Association.). El Paciente tramitará sus reclamos con la diligencia razonable y el arbitraje se regirá de conformidad con lo pautado en en los Estatutos Revisados de Arizona 12.1501 et. seq., Leyes y Procedimientos de Arizona y por la Ley Federal de Arbitraje (Artículos 1- 9 del Título 9 del Código de Estados Unidos), según rijan periódicamente.

**Cláusula 4: Efecto retroactivo:** Es la intención del Paciente que el presente Contrato cubra los servicios propocionados por Western (incluso, el tratamiento para casos de emergencia, aunque sin limitarse a este servicio) no sólo después de la fecha de la firma del contrato, sino también con anterioridad.

**Cláusula 5: Divisibilidad:** Si alguna disposición de este Acuerdo de arbitraje se declarara inválida o no pudiera entrar en efecto, el resto de la disposición se mantendrá en plena vigencia y no se verá afectada por invalidez de ninguna de las otras cláusulas.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del presente Contrato. Al firmar, reconozco haber recibido copia de este acuerdo.

**NOTA: MEDIANTE LA FIRMA DEL PRESENTE CONTRATO USTED ACEPTA QUE TODA CUESTIÓN REFERIDA A UN MAL DESEMPEÑO PROFESIONAL MÉDICO SE DECIDA A TRAVÉS DE UN ARBITRAJE IMPARCIAL; ASIMISMO, RENUNCIA A SU DERECHO DE INICIAR UN JUICIO CON O SIN JURADO. VER CLÁUSULA 1 DEL PRESENTE CONTRATO.**

\_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente (en letra de imprenta)      \_\_\_\_\_ (Firma del paciente, padre, tutor o representante legal del Paciente)      Fecha: \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**ACUERDO DE WESTERN PARA ARBITRAR**

En consideración por los acuerdos citados previamente, de conformidad con el presente Contrato, Western acepta, del mismo modo, los términos establecidos en el presente y las reglas especificadas en la Cláusula 3 anterior.

\_\_\_\_\_  
 Preparado por un empleado de Western      \_\_\_\_\_ Aclaración en letra de imprenta      \_\_\_\_\_ Fecha de firma

*Entregar al Paciente una copia de este documento. El Original queda archivado en el cuadro del paciente.*



Estimado Paciente:

En conformidad con las normas de calidad propias de nuestra profesión y los avances más recientes en el campo de la esterilización y el control de infecciones, nosotros en Western Dental hemos formulado este boletín de información pública general para demostrarles a nuestros pacientes que tomamos con mucha seriedad el tema de la seguridad y el bienestar de nuestros pacientes.

- 1) Todos los doctores, higienistas y asistentes usan guantes, máscaras y protectores para la cara o gafas.
- 2) Los doctores y los asistentes se lavan las manos y se cambian los guantes después de atender a cada paciente.
- 3) Las piezas manuales de los tornos dentales se limpian, se guardan en bolsas y se esterilizan antes de utilizarlas con cada paciente.
- 4) Todos los instrumentos se limpian frotándolos, se guardan en bolsas y se esterilizan de acuerdo con las normas impuestas por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades.
- 5) Todos los instrumentos se esterilizan en autoclaves o con esterilizantes de vapores químicos de acuerdo con los procedimientos recomendados. Si los instrumentos son sensibles al calor, se remojan en esterilizante por la noche (10 + horas).
- 6) En Western Dental todos los esterilizantes se examinan cada semana y un laboratorio independiente realiza un análisis para confirmar los resultados.
- 7) Todas las superficies de operación se limpian con desinfectantes registrados por la agencia de protección del ambiente (EPA) para uso en hospitales.
- 8) Se utilizan muchos artículos desechables, que se descartan luego de su uso. Algunos ejemplos de artículos desechables incluyen las agujas para las inyecciones, los filtros de succión de plástico y las piezas de pulido.
- 9) Se contrató a una compañía independiente para vacunar a los miembros de nuestro personal y hacerles la prueba del virus de la hepatitis B.
- 10) Al tomar radiografías, los miembros de nuestro personal siempre usan guantes nuevos; además, el sostén de cada radiografía se coloca en una bolsa individual y se esteriliza por separado.
- 11) Todos nuestros consultorios dentales asisten a seminarios sobre control de infecciones durante todo el año.
- 12) Nuestra compañía ha contratado a un asesor en control de infecciones que realiza inspecciones de rutina en nuestros consultorios, al azar. Muchas de estas inspecciones se hacen "por sorpresa" para asegurar que los consultorios estén cumpliendo con las reglas aceptadas. Además de estas inspecciones, nuestro propio personal administrativo realiza auditorías regularmente en todos nuestros consultorios.

Western Dental provee servicios de cuidado dental sin discriminar a ninguna persona por su raza, religión, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, discapacidad física o mental, edad o estado civil, y protege la privacidad de cada uno de sus pacientes. Si surge alguna pregunta o preocupación con respecto a la atención, el tratamiento o los servicios dentales que ha recibido, comuníquese con Western Dental Of Arizona, Inc. al 1-800-992-3366 o escriba a la siguiente dirección: Western Dental Of Arizona, Inc., P.O. Box 14227, Orange, California, 92863.

WESTERN DENTAL OF ARIZONA, INC.



### HOW DID YOU HEAR OF US ?

**• PLEASE CHECK ONE BOX ONLY !**

NAME \_\_\_\_\_

ZIP CODE \_\_\_\_\_

OFFICE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

- A.  SPANISH T.V.
- B.  ENGLISH T.V.
- C.  SPANISH RADIO
- D.  ENGLISH RADIO
- E.  FLYER / MAILER / COUPON
- F.  NEWSPAPER / MAGAZINE
- G.  SPANISH YELLOW PAGES
- H.  ENGLISH YELLOW PAGES
- I.  BILLBOARD / BUS SIGN
- J.  BUILDING LOCATION SIGN

- K.  FRIEND / NEIGHBOR / RELATIVE
- L.  TELEPHONE / LETTER / RECALL
- M.  DENTAL PLAN REFERRAL
- N.  MANAGED CARE - (GMC, ETC.)
- O.  W.D. VAN 1-800-844-4444
- P.  W.D. BOOTH (SWAPMEET, SPECIAL EVENT, ETC.)
- Q.  INTERNET
- R.  **W.D. DENTIST**
- S.  **W.D. ORTHODONTIST**

Form 232 (Rev. 11/08)



### ¿CÓMO ENCONTRÓ INFORMACIÓN SOBRE NUESTRO CONSULTORIO?

**¡POR FAVOR, MARQUE UN CUADRO SOLAMENTE!**

NOMBRE \_\_\_\_\_

ZONA \_\_\_\_\_

OFICINA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

- A.  TELEVISIÓN EN ESPAÑOL
- B.  TELEVISIÓN EN INGLÉS
- C.  RADIO EN ESPAÑOL
- D.  RADIO EN INGLÉS
- E.  VOLANTES/AVISOS POR CORREO/CUPONES
- F.  PERIÓDICO/REVISTA
- G.  GUÍA TELEFÓNICA EN ESPAÑOL
- H.  GUÍA TELEFÓNICA EN INGLÉS
- I.  CARTELERA/ANUNCIO EN EL AUTOBÚS
- J.  CARTEL EN UN EDIFICIO

- K.  AMIGOS/VECINOS/PARIENTES
- L.  TELÉFONO/CARTA/RECORDATORIO
- M.  REFERENCIA POR PARTE DE UN PLAN DENTAL
- N.  ATENCIÓN COORDINADA (GMC, ETC.)
- O.  CAMIONETA DE WESTERN DENTAL 1-800-844-4444
- P.  QUIOSCO DE WESTERN DENTAL (FERIAS AL ESTILO "SWAPMEET", ALGÚN EVENTO ESPECIAL, ETC.)
- Q.  INTERNET
- R.  **UN DENTISTA DE WESTERN DENTAL**
- S.  **UN ORTODONCISTA DE WESTERN DENTAL**

