

**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 Espos(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 Espos(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: \_\_\_\_\_



# HISTORIA DE SALUD

Fecha (MM/DD/YYYY)

N° de Expediente

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

Responda así



No responda así



Nombre del paciente

Inicial Apellido

Edad

Estatura (pies-pulgadas)

Peso (lbs)

Teléfono principal

Sexo

M

F

En caso de emergencia, contactar a (persona)

¿Porque esta aquí ahora?

¿Cuándo fue su última visita al dentista?

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales?

¿Están disponibles sus radiografías?

Si

No

Nombre del Dentista anterior

Teléfono del Dentista anterior

1. ¿Está usted bien de salud?  Si  No
2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación u hospitalización durante los últimos cinco años? (Describa en la página 3)  Si  No
3. ¿Ha tenido algún cambio en su salud general en el último año?  Si  No
4. ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? (Describa en la página 3)  Si  No

18. Los tobillos se le hinchan  Si  No
19. Dificultad para respirar cuando se acuesta, o requiere almohadas adicionales para dormir  Si  No
20. Un marcapasos cardíaco  Si  No
21. Baja presión sanguínea  Si  No
22. Problemas de sinusitis  Si  No
23. Asma  Si  No
24. Enfisema o problemas respiratorios  Si  No
25. Tuberculosis  Si  No
26. Tos persistente o tos con sangre  Si  No
27. Desmayos o convulsiones  Si  No
28. Diabetes  Si  No
29. Orina más de 6 veces al día  Si  No
30. Tiene sed muy seguido  Si  No
31. Se le reseca la boca frecuentemente  Si  No
32. Problemas del riñón  Si  No
33. Problemas del estómago o úlceras  Si  No
34. Hepatitis, ictericia, enfermedad del hígado  Si  No
35. Enfermedad venérea  Si  No
36. VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) / SIDA  Si  No
37. Herpes  Si  No

¿Tiene o ha tenido usted alguna de las enfermedades o condiciones siguientes?

5. Válvulas dañadas del corazón o válvulas artificiales  Si  No
6. Lesiones congénitas del corazón o soplos cardiacos  Si  No
7. Alta presión sanguínea  Si  No
8. Infarto  Si  No
9. Insuficiencia cardiaca  Si  No
10. Oclusión coronaria  Si  No
11. Arteriosclerosis  Si  No
12. Apoplejía (derrame cerebral)  Si  No
13. Bypass coronario  Si  No
14. Fístula coronaria  Si  No
15. Otra enfermedad/condición cardiovascular  Si  No
16. Dolor en el pecho debido a esfuerzo  Si  No
17. Falta de aire después de ejercicio leve  Si  No

Nombre de su médico

Teléfono principal

Domicilio

Apt

Ciudad

Estado

Zona Postal

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 protésica  
 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 similar  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 3)  
 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



# HISTORIA DE SALUD

65. ¿Se le ator 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? (pregunta 72)  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 \_\_\_\_\_



NAME \_\_\_\_\_

## HOW DID YOU HEAR OF US ?

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

OFFICE \_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

**• PLEASE CHECK ONE BOX ONLY !**

- 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-NV (Rev. 7/97)



NOMBRE \_\_\_\_\_

## COMO SE ENTERO DE NOSOTROS ?

ZONA \_\_\_\_\_

OFICINA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

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

- A.  TELEVISIÓN EN ESPAÑOL
- B.  TELEVISIÓN EN INGLÉS
- C.  RADIO EN ESPAÑOL
- D.  RADIO EN INGLÉS
- E.  VÓLANTES / CORREO / CUPONES
- F.  PERIÓDICO / REVISTAS
- G.  GUÍA TELEFÓNICA EN ESPAÑOL
- H.  GUÍA TELEFÓNICA EN INGLÉS
- I.  CARTELERA / ANUNCIOS EN AUTO BUSES
- J.  LUGAR DEL EDIFICIO

- K.  AMIGOS / VECINOS / RELATIVO
- L.  AVISO POR TELÉFONO / CARTA
- M.  REFERENCIAS PARA PLAN DENTAL
- N.  MANAGED CARE (GMC, ETC.)
- O.  CAMIÓN W.D. 1-800-844-4444
- P.  CASILLA W.D. (SWAPMEET, EVENTO ESPECIAL, ETC.)
- Q.  INTERNET
- R.  **DENTISTA W.D.**
- S.  **ORTODONTISTA W.D.**



F A R I B A T A B I B I , D . D . S .

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE  
PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE WESTERN DENTAL**

Al firmar este documento, admito que he recibido una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Western Dental.

\_\_\_\_\_  
*Nombre (en letra de molde)*\_\_\_\_\_  
*Firma*\_\_\_\_\_  
*Fecha***PARA USO EXCLUSIVO DE WESTERN DENTAL**

Hemos tratado de obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero fue imposible debido a que:

- El individuo se negó a firmar.
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo.
- Una situación de emergencia nos impidió obtenerlo.
- Otras razones (por favor, especificar)

---

---

---

# AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE EL MODO EN QUE PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR, LÉALO CON DETENIMIENTO.

El presente Aviso se aplica a la información y a los registros que tenemos en nuestro poder con referencia a su salud, a su estado sanitario y a los servicios y atención que recibe en este consultorio. Las leyes estatales y federales vigentes nos exigen que mantengamos la privacidad de la información sobre su salud. También se nos requiere que le entreguemos este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y los derechos que le competen respecto de la información sobre su salud. Debemos respetar las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras se mantenga vigente. El presente Aviso entra en vigencia el 14 de abril de 2003 y será válido hasta que lo reemplacemos.

Si desea realizar alguna pregunta con relación a este Aviso, plantear una queja o si necesita comunicarse con el Funcionario de Privacidad de Western para cumplir con alguna disposición del presente Aviso, diríjase al Funcionario de Privacidad de Western: Western's Privacy Officer, C/o Western Dental, Inc., P.O. Box 14227, Orange, CA 92863, teléfono: (800) 417-4444. Dirección de correo electrónico: PrivacyOfficer@WesternDental.com

*Organizaciones cubiertas por el aviso conjunto:*

Western Dental of Nevada LLC.

Farida Tabibi, D.D.S., P.C.

## DE QUÉ MANERA PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA

**Para el Tratamiento.** Podemos usar la información sobre su salud para suministrarle servicios o tratamiento médico. Podemos divulgar la información sanitaria sobre usted a los médicos, asistentes dentales, técnicos, personal del consultorio o a otros miembros del personal que participen en la atención y el cuidado de su salud.

Por ejemplo, si su odontólogo le está extrayendo una pieza dental, tal vez necesite saber si usted tiene otros problemas de salud que pudieran complicar el tratamiento. El médico puede usar su historia clínica para decidir cuál es el tratamiento que más le conviene. También puede informar a otro médico sobre su condición para que éste pueda ayudarlo a determinar el tratamiento más adecuado para usted.

Los diferentes miembros del personal de este consultorio pueden compartir información sobre usted y darla a conocer a terceros que no trabajen en nuestro establecimiento, a fin de coordinar su tratamiento, como por ejemplo, pasar recetas por teléfono a su farmacia, programar trabajos de laboratorio y ordenar radiografías. Los miembros de la familia y otros proveedores de servicios médicos pueden formar parte de su tratamiento fuera del ámbito de este consultorio y tal vez requieran información sobre usted que tengamos en nuestro poder.

**Para el pago.** Podemos usar y divulgar la información sobre su salud para que el tratamiento y los servicios que reciba en este consultorio le puedan ser facturados para su cobro, o a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, tal vez necesitemos entregar a su plan médico información sobre un servicio que usted recibió aquí, para que el plan médico nos pague o le reembolse dicho servicio. También podemos informar a su plan médico sobre un tratamiento que usted vaya a recibir para obtener la aprobación previa, o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

**Para las operaciones de atención médica.** Podemos usar y revelar su información médica en la administración de este establecimiento y para asegurarnos de que tanto usted como los demás pacientes reciban servicios de calidad. Por ejemplo, podemos emplear la información sobre su salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos usar su información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para decidir los servicios adicionales que deberíamos ofrecer, la forma de ser más eficientes o si ciertos tratamientos nuevos son eficaces o no.

Recordatorios de citas. Podemos comunicarnos con usted para recordarle que tiene turno para seguir un tratamiento o recibir atención médica en el consultorio.

Alternativas de tratamiento. Podemos informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan resultarle de interés.

Productos y servicios relacionados con la salud. Es probable que le informemos sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

## SITUACIONES ESPECIALES

Es probable que usemos o divulguemos su información médica sin su permiso, con los siguientes propósitos, con sujeción a todos los requisitos y limitaciones legales aplicables:

**Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.** Podemos usar y dar a conocer su información médica cuando sea necesario, a fin de evitar una amenaza seria a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona.

**Exigencia legal.** Daremos a conocer su información médica cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, Western Dental puede divulgar información con los siguientes propósitos:

- Por procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con la autoridad legal;
- Para dar a conocer información referida a una víctima de abuso, negligencia o violencia familiar; y,
- Para colaborar con los funcionarios encargados de velar por el cumplimiento de las leyes, en el desempeño de dichas tareas.

**Investigación.** Podemos usar y dar a conocer su información médica para proyectos de investigación que estén sujetos a un proceso de aprobación especial. Le pediremos su autorización en el caso de que el investigador tenga acceso a su nombre, dirección y otros datos que revelen quién es usted, o si participará en su atención en el consultorio.

**Donación de órganos y tejido:** Si usted es un donante de órganos, podemos revelar información sobre su salud a las organizaciones que manejan la obtención de órganos o los trasplantes de órganos, ojos o tejido, o a un banco de donación de órganos, según resulte necesario para facilitar dicha donación y trasplante.

**Asuntos militares, de veteranos, inteligencia y seguridad nacional.** Si usted es o fue miembro de las fuerzas armadas, o parte de las comunidades nacionales de seguridad o inteligencia, un comando militar u otras autoridades gubernamentales pueden exigirnos que le suministremos su información médica. También podemos divulgar información sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

**Indemnización laboral (Compensación al trabajador).** Podemos divulgar su información médica a fin de cumplir con las leyes y la normativa referidas a los programas de indemnización laboral u otros similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

**Riesgos para la salud pública.** Podemos divulgar su información médica por razones de salud pública para evitar o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad; o denunciar nacimientos, defunciones, sospecha de abuso o negligencia, lesiones físicas no accidentales, reacciones a las medicaciones o problemas con los productos.

**Actividades de supervisión de la salud.** Podemos dar a conocer la información sobre su salud a una agencia de supervisión sanitaria con fines de auditorías, investigaciones, inspecciones u otorgamiento de licencias. La revelación de esta información puede ser necesaria para ciertas agencias estatales y federales a fin de controlar el sistema de atención de salud, los programas de gobierno y el cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.

**Juicios y disputas.** Si usted estuviera involucrado en algún juicio o disputa, es factible que revelemos su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. Con sujeción a todos los requisitos legales aplicables, también podemos divulgar su información médica en respuesta a una citación.

**Ejecución de las leyes.** Podemos divulgar información médica si así lo requiriera un oficial encargado de la ejecución de las leyes en respuesta a una orden judicial, citación, garantía, mandato judicial o proceso similar, con sujeción a todos los requisitos legales aplicables.

**Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.** Podemos divulgar la información relacionada con su salud a un médico forense o examinador médico, para que puedan llevar a cabo sus obligaciones legales. Esto puede ser necesario, por ejemplo, en el supuesto que hubiera que identificar a una persona muerta o determinar la causa de la muerte.

**Información no identificable personalmente.** Podemos usar o dar a conocer su información médica de tal manera tal que su identidad personal no salga a la luz o sin revelar quién es usted.

**Familiares y amigos.** Podemos revelar su información médica a los miembros de su familia o a sus amigos si obtenemos su consentimiento verbal para hacerlo o si le damos la oportunidad de que se oponga a ello y usted no interpone ninguna objeción. También podemos dar a conocer su información médica a sus familiares o amigos si basándonos en las circunstancias y en nuestro criterio profesional, podemos deducir que usted no se opondría. Por ejemplo, podemos suponer que usted está de acuerdo con que revelemos su información médica personal a su cónyuge si viene acompañado por dicho cónyuge a la sala donde se lo examina, o si dicho cónyuge estuviera presente durante el tratamiento o mientras se discute el tratamiento.

En aquellas situaciones en las que usted sea incapaz de dar su consentimiento (porque no está presente o debido a su incapacidad o por una emergencia médica), recurriendo a nuestro criterio profesional, podemos determinar que la mejor manera de proteger sus intereses es suministrando la información a un miembro de su familia o amigo. En dicha situación, sólo daremos a conocer la información sanitaria que sea relevante para la participación de esa persona en su tratamiento. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque cardíaco y mantenerla al tanto de sus avances y del pronóstico. También velando por sus intereses, podemos aplicar nuestro criterio profesional y experiencia para hacer suposiciones razonables, a fin de permitir a otra persona que actúe en su lugar, para retirar, por ejemplo, recetas, insumos médicos, o radiografías.

## OTROS USOS Y TIPOS DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

No usaremos ni divulgaremos la información sobre su salud por ningún otro propósito ajeno a los ya identificados en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito. Si nos extiende esta *Autorización* para usar o divulgar su información médica, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Si la revoca, ya no usaremos ni divulgaremos la información sobre usted, atendiendo a las razones expuestas en dicha *Autorización* escrita, aunque no podemos retractarnos de los usos o divulgaciones que ya hubiésemos hecho con su permiso.

## SUS DERECHOS CON RELACIÓN A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica que tenemos en nuestro poder:

**Derecho a inspección y copia.** Tiene derecho a revisar y copiar la información sobre su salud —como por ejemplo, la historia clínica y las facturas— que usamos para tomar decisiones sobre su atención. Debe presentar un pedido por escrito al Oficial de Privacidad de Western para inspeccionar y/o copiar la información sobre su salud. Si usted solicita una copia de la información, es probable que le cobremos un arancel por los costos de copiado, envío por correo u otros insumos relacionados. Podemos rechazar su pedido de inspección y/o copia en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a la información sobre su salud, puede solicitar una revisión de tal negativa. Si la ley exige dicha revisión, seleccionaremos un profesional de atención médica matriculado para que revise su pedido y nuestro rechazo. La persona que lleve a cabo la revisión no será la misma que rechazó su pedido y nosotros acataremos la resolución de la revisión.

**Derecho a enmienda.** Si cree que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información se encuentre en este consultorio.

Para solicitar una enmienda, complete y entregue un Formulario de Enmienda /Corrección de Ficha Dental al Oficial de Privacidad de Western. Podemos rechazar su pedido de enmienda si no estuviera por escrito o si no incluyera una razón que lo justifique. Asimismo, podemos negarnos a su pedido si nos solicita que enmendemos información que:

- No hubiéramos creado nosotros, a menos que la persona o entidad creadora de la información ya no estuviera disponible para implementar dicha enmienda.
- No formara parte de la información sanitaria que tenemos en nuestro poder.
- Usted no estuviera autorizado a inspeccionar y copiar.
- Fuera precisa y completa.

**Derecho a un detalle de la información suministrada.** Tiene derecho a solicitar un "detalle de la información suministrada". Se trata de una lista de todos los datos médicos sobre usted que hayamos revelado por motivos ajenos al tratamiento, el pago y operaciones relacionadas con la salud. Para obtener esta lista, debe presentar su pedido por escrito al Oficial de Privacidad de Western. El mismo debe establecer un período, que no puede ser más prolongado que seis años y tampoco puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su pedido debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, impresa, por un medio electrónico). Nosotros podemos cobrarle los costos de proveerle la lista. Le notificaremos cuál es dicho costo y usted puede retirar o modificar su pedido en ese momento, antes de incurrir en ningún gasto.

**Derecho a solicitar restricciones.** Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que usamos o revelamos sobre su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a pedir un límite sobre la información sanitaria que divulguemos sobre usted a una persona que participe en su atención o en el pago de dichos servicios, como por ejemplo, un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía a la que se hubiera sometido.

**No tenemos obligación de acceder a su pedido.** Si accedemos, cumpliremos con lo que nos solicita, a menos que se necesite la información para suministrarle un tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, puede completar y entregar el *Pedido de restricción sobre el uso/divulgación de información médica* al Oficial de Privacidad de Western.

**Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre cuestiones médicas de una cierta manera o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted sólo en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, puede completar y entregar el *Pedido de restricción sobre el uso/divulgación de información médica y/o comunicación confidencial* al Oficial de Privacidad de Western. No le preguntaremos la razón de su solicitud. Accederemos a todos los pedidos razonables. Su pedido debe especificar cómo o dónde quiere que nos comuniquemos con usted.

## CAMBIOS A ESTE AVISO

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de afectar el aviso corregido o modificado a la información médica que ya tengamos en nuestro poder sobre usted, como así también, a toda información que recibamos en el futuro. Publicaremos un resumen del aviso actual en el consultorio, con su fecha efectiva en el ángulo superior derecho, y le enviaremos una copia del mismo por correo.

## QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro consultorio o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestro consultorio, comuníquese con el Oficial de Privacidad de Western. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.



Estimado Paciente:

En mantener las normas de la profesion y los desarrollos recientes en esterilizacion y control de infeccion, nosotros en Western Dental hemos formulado este boletin informativo al publico general para dar a nuestros pacientes una idea de la seriedad que tomamos para la seguridad y el buen cuidado de nuestros pacientes.

- 1) Todos los doctores y asistentes usan guantes, mascararas y protectores para la cara o gafas.
- 2) Doctores y asistentes se cambian de guantes con cada paciente.
- 3) Taladrillos dentales son limpiados, empaquetados y esterilizados antes de usar en cada paciente.
- 4) Todos los instrumentos son fregados, limpiados, empaquetados y esterilizados de acuerdo a reglas impuestas por el Centre de Control y Prevención.
- 5) Todos los instrumentos son esterilizados en un autoclave o en esterilizantes de vapores quimicos de acuerdo a procedimientos recomendados. Si los instrumentos son sensitivos a lo caliente, se remojan en esterilizante por la noche (10 + horas).
- 6) Pruebas de esporas son hechas cada semana a todas nuestras estereliazadoras. Y confirmadas por pruebas de un laboratorio independiente.
- 7) Todas superficies son limpiadas con EPA, desinfectantes de registro de hospital.
- 8) Muchos articulos desechables son usados. Una vez usados, son descartados. Por ejemplo jeringas, filtros de succion de plastico y envases de pulido.
- 9) Una compania respetable ha sido contratada para vacunar y hacer pruebas a nuestro personal contra el virus Hepatitis B.
- 10) Nuestro personal al tomar radiografias siempre usan nuevos guantes y el sosten de las radiografias es empaquetado y esterilizado individualmente.
- 11) Todas nuestras oficinas asisten a seminarios de control de infeccion durante el ano.
- 12) Nuestra compania ha contratado a un consultante de control de infeccion que al azar inspecciona nuestras oficinas a bases rutinarias. Muchas de estas inspecciones son hechas a bases "sorprendentes" para asegurar que las oficinas estan siguiendo las reglas aceptadas. Ademias, a estas inspecciones nuestro personal administrativo hace intervenciones imprevistas a todas nuestras oficinas.

Western Dental provee servicios dentales sin discriminacion a base de su raza, religion, color, origen nacional, sexo, orientacion sexual, incapacidad fisica o mental, edad o estado civil, y protege la privacidad de cado uno de sus pacientes. Si alguna pregunta o preocupacion surge con respecto al tratamiento o servicios dentales que ha recibido, cominiquese a Western Dental al 1-800-992-3366 o escriba a Western Dental, P.O. Box 14227, Orange, California, 92863.



F A R I B A T A B I B I , D . D . S .

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ N° de Expediente: \_\_\_\_\_ N° de Oficina: \_\_\_\_\_

**AVISO A LOS PACIENTES QUE TIENEN SEGURO**

Entiendo que soy responsable del saldo que se le deba a Western Dental de mi cuenta, incluso bajo las siguientes circunstancias:

- A. El tratamiento sobrepasa el beneficio máximo anual de mi compañía de seguros.
- B. Mi compañía de seguros no autoriza el tratamiento.
- C. No reúno los requisitos para contar con un seguro.
- D. Los beneficios del seguro son menores que los que indicó el estimador de Western Dental.
- E. Yo impido o retraso el pago al no cumplir con los requisitos de las formas del seguro y las firmas.
- F. No he terminado mi tratamiento y esto da como resultado que mi compañía de seguros no pague.
- G. Se incurren costos de laboratorio porque no he acudido a mis citas programadas.
- H. **YO RECIBO EL CHEQUE DEL SEGURO Y NO SE LO ENVÍO A WESTERN DENTAL.**

HE LEÍDO Y ENTIENDO QUE TENGO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE TODOS LOS CARGOS QUE MI COMPAÑÍA DE SEGUROS NO PAGUE.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
(Paciente o Persona Responsable)

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de molde el nombre del Paciente o la Persona Responsable)

FIRMA: \_\_\_\_\_  
(Empleado de Western Dental)

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de molde el nombre y número de Empleado de Western Dental)



## ACUERDO DE ARBITRAJE

Número del Expediente: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Ubicación del Consultorio: \_\_\_\_\_

**Artículo 1: Acuerdo de arbitraje:** Se entiende que toda disputa que se refiera al mal desempeño profesional de la medicina —es decir, con respecto a si alguno de los servicios médicos que se proporcionaron en virtud de este contrato fue innecesario o no autorizado, o si se proporcionó en forma indebida, negligente o incompetente— se resolverá por arbitraje, según lo establecen las leyes de Nevada y no mediante un juicio ni un amparo ante el tribunal, con excepción de lo establecido por las leyes de Nevada para la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Las dos partes que intervienen en el presente Contrato, mediante la firma 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 un arbitraje.

**Artículo 2: Todos los reclamos deberán ser arbitrados:** Las partes convienen y comparten la intención de que este acuerdo de arbitraje cubra todos los reclamos o controversias que se refieran a las cuestiones descritas en el Artículo 1, salvo los reclamos comprendidos en la jurisdicción del Tribunal de Justicia, ya sea por un acto ilícito (intencional o negligente), por contrato o de otro modo, incluyendo los juicios referentes a las cuestiones descritas en el Artículo 1 y que también comprenden reclamos por privación de beneficios en una relación familiar (pérdida de consorcio), homicidio culposo, discriminación, aflicción emocional o indemnización por daños y perjuicios. El arbitraje, de conformidad con los términos del presente Contrato, será obligatorio para las partes cuyos reclamos descritos en el Artículo 1 puedan surgir o estar relacionados de alguna manera con el tratamiento o los servicios proporcionados o no proporcionados por Fariba Tabibi, D.D.S., P.C. dba Western Dental of Nevada y/o Fariba Tabibi, D.D.S., P.C. dba Western Dental (colectivamente "Western"), o cualquier empleado, agente o proveedor de Western, incluso el cónyuge o los herederos de un Paciente y cualquiera de sus hijos, ya sean 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 que está bajo su responsabilidad, esa persona, al igual que el infrascrito, quedará obligada por los términos y condiciones del contrato, al igual que cualquier tercero que pudiera presentar un reclamo que surja del tratamiento o de los servicios proporcionados a esa persona.

La referencia a Western incluye a Fariba Tabibi, D.D.S., P.C., Western Dental of Nevada, LLC y sus empleados, agentes y proveedores respectivos. La presentación de cualquier causa judicial ante cualquier tribunal por parte de Western con el fin de cobrarle honorarios al paciente, no implica la renuncia al derecho de exigir la realización del arbitraje de cualquier reclamo descrito en el Artículo 1. Sin embargo, luego de la reivindicación de cualquier reclamo contra Western, toda disputa sobre honorarios, ya sea que ésta sea o no la causa de alguna acción legal existente, también se resolverá mediante el mismo arbitraje.

**Artículo 3: Procedimientos y leyes aplicables:** El Paciente iniciará el arbitraje presentando una Reclamación 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-pagado a: Fariba Tabibi, D.D.S., P.O. Box 14025, Orange, CA 92863-1025, Atención: Departamento Legal. Una Reclamación 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 los artículos 38.206 et seq. de los Estatutos Revisados de Nevada y la Ley Federal de Arbitraje (Artículos 1- 9 del Título 9 del Código de Estados Unidos), según rijan periódicamente.

**Artículo 4: Efecto retroactivo:** Es la intención del Paciente que el presente Contrato cubra los servicios proporcionados 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.

**Artículo 5: Divisibilidad:** Si alguna disposición de este Acuerdo de arbitraje se declara inválida o no puede hacerse cumplir, el resto de la disposición se mantendrá en plena vigencia y no se verá afectada por la nulidad de cualquiera de las otras disposiciones.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia del presente Contrato. Al firmar al pie, reconozco haber recibido una 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 EL ARTÍCULO 1 DEL PRESENTE CONTRATO.**

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

(Firma del paciente, padre, madre, tutor o representante legal del Paciente)

Fecha: \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

### ACUERDO DE WESTERN DE SOMETERSE AL ARBITRAJE

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 el Artículo 3 de este contrato.

Preparado por un empleado de Western

Aclaración en letra de imprenta

Fecha en que se firmó

*Debe entregarse una copia de este documento al Paciente. El Original debe guardarse en los archivos dentales del Paciente.*