

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 seguros: _____ 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 seguros: _____ Fecha efectiva: _____
 N° de grupo: _____ N° de póliza: _____ Nombre y número del sindicato local: _____

Responsabilidad financiera y reconocimiento

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. Entiendo que este consultorio dental es propiedad de un dentista independiente y que está administrado por ese dentista. Reconozco que cada dentista, en forma individual, es responsable del cuidado dental que se me proporciona y que ninguna entidad corporativa es responsable de mi tratamiento dental.

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 automarcadas 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 sex (M/F)]

En caso de emergencia, contactar a (persona)

[Grid for emergency contact name]

¿Porque esta aquí ahora?

¿Cuándo fue su última visita al dentista?

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales?

¿Están disponibles sus radiografías?

[Grid for dates and radio buttons for 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 _____



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.**

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, estado del SIDA/VIH, edad o estado civil, y protege la privacidad de cada uno de sus pacientes. Si alguna pregunta o preocupacion surge con respecto al tratamiento o servicios dentales que ha recibido, comuniquese a Western Dental al 1-800-992-3366 o escriba a Western Dental, P.O. Box 14227, Orange, California, 92863.



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 Kelley Dunay, D.M.D., P.C. dba Western Dental of Nevada y/o Kelley Dunay, D.M.D., 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 Kelley Dunay, D.M.D., 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: Kelley Dunay, D.M.D., 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.