



### Datos sobre el Paciente

No de Expediente \_\_\_\_\_ Ubicación del Consultorio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### Información sobre el Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Apellido materno \_\_\_\_\_ Usted  alquila  es propietario Usted tiene una tarjeta de crédito /débito  Sí  No  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ No de Apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Documento de identificación: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ No de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Compañía donde trabaja: \_\_\_\_\_ Su puesto/ cargo: \_\_\_\_\_ Tiempo en la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 En caso de emergencia, comunicarse con: (nombre) \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 Relación o parentesco: \_\_\_\_\_

¿Cómo va a pagar?  Efectivo  Crédito  Seguro  Medi-Cal  De otro modo \_\_\_\_\_

#### Información de Persona Responsable

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

(No llenar esta sección si se trata de la misma persona mencionada arriba)

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Apellido Materno \_\_\_\_\_ Usted  alquila  es propietario Usted tiene una tarjeta de crédito /débito  Sí  No  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ No de Apartamento \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Documento de identificación: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ No de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Compañía donde trabaja: \_\_\_\_\_ Su puesto/ cargo: \_\_\_\_\_ Tiempo en la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

¿Cómo va a pagar?  Efectivo  Crédito  Seguro  Medi-Cal  De otro modo \_\_\_\_\_

#### Referencias Personales

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ No de Apto \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ No de Apto \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

#### Información sobre Su Seguro Principal

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Domicilio del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación entre el Asegurado y el Paciente (Marque con un círculo): Paciente Esposo/a Hijo/a Padre/Madre Sexo: (M) (F)  
 Número de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Nombre y Número de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de Efectividad \_\_\_\_\_  
 No de Grupo \_\_\_\_\_ No de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre y Número del Sindicato Laboral \_\_\_\_\_

#### Información sobre el Seguro Adicional

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Domicilio del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Relación entre el Asegurado y el Paciente (Marque con un círculo): Paciente Esposo/a Hijo/a Padre/Madre Sexo: (M) (F)  
 Número de Seguro Social del Asegurado: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Nombre y Número de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_  
 Dirección de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Fecha de Efectividad \_\_\_\_\_  
 No de Grupo: \_\_\_\_\_ No de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de la Compañía de Seguros: ( ) \_\_\_\_\_  
 Nombre y Número del Sindicato Laboral \_\_\_\_\_

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiera, u otras sumas que de otra manera serían pagaderas a mí o a mi nombre por los servicios prestados, se paguen directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy responsable financieramente de todos los cargos por los servicios realizados por el proveedor. Si el reembolso del seguro no es suficiente para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, yo soy responsable del pago de la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a brindar toda la información necesaria para asegurar los pagos de beneficios. También doy mi consentimiento al examen y/o al tratamiento de mí mismo y de todos mis hijos menores nombrados, por parte de médicos, sus asistentes y otros miembros del personal médico. Si no se proporciona toda la información requerida, es posible que se me envíe una factura por los servicios.

**Reconozco que al firmar al pie de esta forma, yo certifico que toda la información es completa y correcta. Western Dental Of Arizona, Inc., o sus agentes puede verificar esta información por medio de cualquier fuente que considere necesaria (incluyendo informes de crédito, entre otros) y puede proporcionar información acerca de mi historial de crédito (o informe de crédito) a otras agencias hasta donde esté permitido por ley. Esta es la autorización que otorgo a Western Dental Of Arizona, Inc., o sus agentes para que verifique mi historial de crédito.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

#### For Office Use Only

VRU Code: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

VRU Code: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Employee: \_\_\_\_\_

Form 40A-AZ (01/09)

# HISTORIA DE SALUD

FECHA \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

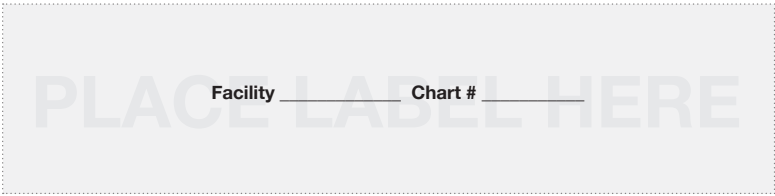
EDAD \_\_\_\_ SEXO M / F ESTATURA \_\_\_\_ PESO LBS. \_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a (persona) \_\_\_\_\_

Número de teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES:

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea indicado. Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.



¿Por qué está aquí ahora? _____  ¿Cuándo fue su última visita al dentista? ____ / ____ / ____  Escriba el nombre del dentista anterior y el número de teléfono: _____ (____) _____	¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? ____ / ____ / ____  ¿Están disponibles sus radiografías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

1. ¿Está usted mal de salud? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación, u hospitalización durante los últimos cinco años? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿cuál fue el problema? _____ 3. ¿Está usted embarazada? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4. ¿Tiene alergias, ronchas o salpullido? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5. ¿Es usted alérgico(a) al látex o productos de hule? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 6. ¿Tiene usted algún desorden sanguíneo tal como anemia? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7. ¿Ha tenido cirugía o radiación para tratar un tumor, u otra enfermedad bucal, o de su cabeza o cuello? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 8. ¿Está usted empleado(a) en algún lugar que lo exponga regularmente a rayos-x u otra radiación por ionización? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 9. ¿Está bajo tratamiento para la tuberculosis? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 10. ¿Le duele alguno de sus dientes? ¿Cuáles? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 11. ¿Utiliza usted una dentadura parcial o algún aparato dental desmontable? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

1. ¿Ha tenido cambios en su salud durante el último año? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2. ¿Está ahora bajo atención médica? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No A. Si es así, ¿qué enfermedad se está tratando? _____ 3. El nombre y dirección de mi doctor es _____ _____ _____	7. ¿Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen)? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 8. ¿Está tomando algún medicamento? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, indique cuál. Antibióticos o sulfamidas <input type="checkbox"/> Anticoagulantes (medicamento usado para evitar coágulos) <input type="checkbox"/> Medicamento para la presión alta <input type="checkbox"/> Cortisona (esteroides) <input type="checkbox"/> Antidepresivos <input type="checkbox"/> Tranquilizantes <input type="checkbox"/> Antihistamínico <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Insulina, tobutamida (orinase) o drogas similares <input type="checkbox"/> Digitalis o medicamentos para enfermedades cardiacas <input type="checkbox"/> Nitroglicerina <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal <input type="checkbox"/> Medicamentos para tratar la osteoporosis como Fosomax, Aredia, Boniva, Zometa (Bisphosphonates) <input type="checkbox"/> Hierbas Medicinales <input type="checkbox"/> Algún otro medicamento _____
---	--

4. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas? A. Válvulas dañadas o válvulas artificiales del corazón ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No B. Lesión cardiaca congénita o soplo cardiaco ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardiaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, apoplejía, u otra)..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 1) ¿Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2) ¿Siente que le falta el aire después de hacer ejercicio ligero? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3) ¿Se le hinchan los tobillos? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 4) Cuando se acuesta, ¿siente que le falta aire para respirar o necesita más de una almohada para dormir? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 5) ¿Tiene marcapasos cardiaco? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No D. Baja presión sanguínea ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No E. Problemas de sinusitis ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No F. Asma ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No G. Enfisema o problemas de respiración..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No H. Tos persistente o tose sangre ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No I. Desmayos o ataques repentinos..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No J. Diabetes ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 1) ¿Orina usted más de seis veces al día? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 2) ¿Tiene sed la mayoría del tiempo?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3) ¿Se le reseca la boca frecuentemente? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No K. Problemas del riñón ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No L. Problemas estomacales o úlceras..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No M. Hepatitis, derrame biliar o enfermedad del hígado ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N. Enfermedad venérea ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No O. VIH/SIDA (Virus de inmunodeficiencia humana) ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No P. Herpes..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Q. Artritis o inflamación dolorosa de las coyunturas ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No R. ¿Tiene una cadera prostética <input type="checkbox"/> coyuntura prostética <input type="checkbox"/> implantes <input type="checkbox"/> placas óseas <input type="checkbox"/> o tornillos? <input type="checkbox"/> Algún otro _____	9. ¿Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a cualquiera de los siguientes medicamentos? Anestésicos locales ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Penicilina u otros antibióticos ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sulfamidas ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Barbitúricos, calmantes o somníferos (pastillas para dormir) ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aspirina..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Yodo ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Codeína u otros narcóticos ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Níquel u otros metales..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otras alergias ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 10. ¿Usa lentes de contacto? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 11. ¿Tiene algún problema asociado con su periodo menstrual? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 12. ¿Está lactando?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 13. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición física o algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

**HISTORIA DENTAL:**

14. ¿Hay algo referente a sus dientes o sonrisa que le gustaría cambiar?  Sí  No  
 Si es así, explique \_\_\_\_\_

15. ¿Ha tenido problemas serios asociados con cualquier tratamiento dental previo? Si es así, explique \_\_\_\_\_  Sí  No

16. ¿Qué tan seguido se cepilla los dientes? \_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_

17. ¿Qué tan seguido usa hilo dental? \_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_

18. ¿Le sangran o duelen sus encías? .....  Sí  No

19. ¿Son sus dientes sensibles a?  
 Caliente  Frío  Dulce  Presión  .....  Sí  No

20. ¿Retiene comida entre sus dientes? .....  Sí  No

21. ¿Tiene dolor de cabeza frecuente  dolores en el cuello   
 o dolores de hombro?  .....  Sí  No

22. ¿Aprieta o rechina sus dientes? .....  Sí  No

23. ¿Ha experimentado algún dolor o malestar en los músculos de su cara o alrededor de sus oídos?.....  Sí  No

24. ¿Hace ruido su quijada cuando la abre, cierra o al comer?.....  Sí  No

25. ¿Utiliza usted cualquier tipo de dentadura completa o parcial (desmontable)? .....  Sí  No  
 A. Fecha de colocación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 B. ¿Hay algo de su prótesis o dentadura que le gustaría cambiar? .....  Sí  No

FOLLOW UP to Medical History by DENTIST ONLY \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud en su totalidad. He dado a conocer los problemas médicos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos-x y el examen necesario.

FIRMA DEL PACIENTE o del tutor legal (si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

FIRMA DEL DENTISTA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

UPDATE	DATE	COMMENTS	DR. SIGNATURE	EMPLOYEE#	PATIENT SIGNATURE



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 niega el tratamiento.
- C. No reúno los requisitos para el seguro.
- D. Los beneficios del seguro son menores que los que indicó el estimador de Western Dental.
- E. Yo prevengo o retraso el pago al no cumplir con los requisitos de las formas del seguro y las firmas.
- F. No termino mi tratamiento y esto causa que mi compañía de seguros no pague.
- G. Se incurren costos de laboratorio por no acudir a mis citas.
- H. RECIBO EL CHEQUE DEL SEGURO Y NO 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.

FIRMADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(Paciente o persona responsable)

\_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de molde el nombre del paciente o de la persona responsable)

FIRMADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(Empleado de Western Dental)

\_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de molde el nombre y número del empleado)



## 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 \_\_\_\_\_

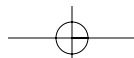
ZONA \_\_\_\_\_

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**





**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 Of Arizona, 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 Arizona, Inc.

Premier Choice Dental, Inc.

## 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

(Vea por favor el otro lado)

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 periodo, 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.