



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 Services, Inc., 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 Services, Inc., 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 Rev. 8 (11/08)

HISTORIA DE SALUD

FECHA ____ - ____ - ____ NOMBRE _____

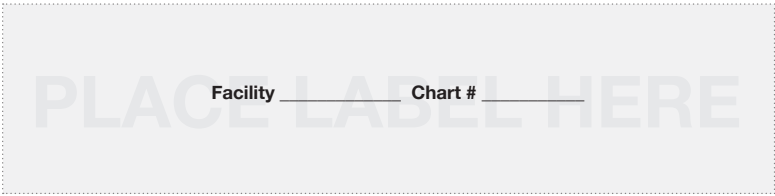
EDAD ____ SEXO M / F ESTATURA ____ PESO LBS. ____

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 protésica <input type="checkbox"/> coyuntura protésica <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, explique _____ 15. ¿Ha tenido problemas serios asociados con cualquier tratamiento dental previo? Si es así, explique _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 19. ¿Son sus dientes sensibles a? Caliente <input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Presión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 20. ¿Retiene comida entre sus dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 21. ¿Tiene dolor de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> dolores en el cuello <input type="checkbox"/> o dolores de hombro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 22. ¿Aprieta o rechina sus dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 23. ¿Ha experimentado algún dolor o malestar en los músculos de su cara o alrededor de sus oídos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 24. ¿Hace ruido su quijada cuando la abre, cierra o al comer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 25. ¿Utiliza usted cualquier tipo de dentadura completa o parcial (desmontable)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No A. Fecha de colocación ____ / ____ / ____ B. ¿Hay algo de su prótesis o dentadura que le gustaría cambiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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



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 _____

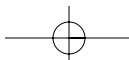
ZONA _____

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**





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 California y no mediante un juicio ni un amparo ante el tribunal, con excepción de lo establecido por las leyes de California 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 Demandas Menores, 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 Western Dental Services, 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 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 la corporación y sus empleados, agentes y proveedores. 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: General Counsel, Western Dental, 530 S. Main Street, Suite 600, Orange, CA 92868. 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 registrará de conformidad con los artículos 3333.1 y 3333.2 del Código Civil, los artículos 340.5, 667.7, 1281-1295 del Código de Procedimientos Civiles 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.



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 Services, Inc. al 1-800-992-3366 o escriba a la siguiente dirección: Western Dental Services, Inc., P.O. Box 14227, Orange, California, 92863.

WESTERN DENTAL SERVICES, INC.