



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 _____

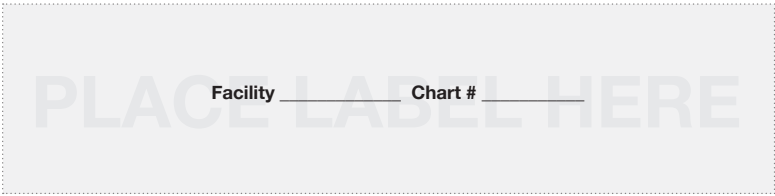
EDAD ____ SEXO M / F ESTATURA ____ PESO LBS. ____

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

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

FIRMA: _____
(Paciente o Persona Responsable)

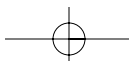
FECHA: _____

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

FIRMA: _____
(Empleado de Western Dental)

FECHA: _____

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





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**



S E R V I C E S , I N C .

RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE
DE HABER RECIBIDO LA HOJA DE DATOS
SOBRE LOS MATERIALES DENTALES

Yo, _____ reconozco que Western Dental me entregó
Nombre del Paciente

una copia de la Hoja de Datos sobre Materiales Dentales, que tiene fecha de mayo de 2004.

Firma del Paciente o del Tutor Legal

Fecha

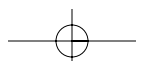
*Datos sobre
los Empastes Dentales*



DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

1432 Howe Avenue
Sacramento, California 95825
www.dbc.ca.gov

OFFICE COPY



Hoja Informativa Sobre Materiales Dentales

¿Y qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)?

La salud del paciente y la seguridad de los procedimientos dentales son las metas principales de la profesión dental de California y del la Junta Dental de California (Dental Board of California). El propósito de esta hoja informativa es proporcionar a Ud. información en cuanto a los riesgos y beneficios de todos los materiales utilizados en la restauración (el empastar o rellenar) de los dientes.

A la Junta Dental de California se le exige por ley* poner a la disposición de todo dentista legalmente aprobado en el estado de California esta hoja informativa sobre materiales dentales. Su dentista, a su vez, debe proveer la hoja informativa a cada paciente nuevo y a los pacientes actuales sólo una vez antes de empezar cualquier procedimiento restaurativo de dientes.

Como padre/tutor del paciente, se le sugiere altamente hablar con su dentista sobre los datos presentados concernientes a los materiales siendo considerados para su propia condición dental.

Reacciones Alérgicas Contra Materiales Dentales

Algunos componentes de los empastes pueden tener efectos secundarios o causar reacciones alérgicas, al igual que otros materiales con que nos encontramos diariamente. Los riesgos de tales reacciones son muy bajos para todo tipo de material de empaste. Estas reacciones pueden ser causadas por componentes específicos de los empastes tal como mercurio, níquel, cromo, y/o aleaciones de berilo. Por lo general, una alergia aparece en forma de piel irritada y se puede corregir fácilmente cuando el individuo no está en contacto con el material.

No existen casos documentados de reacciones alérgicas contra resina compuesta, vidrio ionomérico, resina ionomérica, o porcelana. Sin embargo, se han reportado reacciones contra amalgama dental, porcelana fundida a metal, aleaciones de oro, y aleaciones de cromo con níquel o cobalto pero estos casos no son típicos.

Si Ud. padece de alergias, hable con su dentista sobre estos problemas potenciales antes de que se escoja un material para empastar.

La Toxicidad de Materiales Dentales

La Amalgama Dental

El mercurio en su forma elemental está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan intoxicación reproductiva. El mercurio podría dañar al cerebro en desarrollo de un niño o feto.

La amalgama dental se hace al mezclar el mercurio elemental (43-54%) y una aleación en polvo (46-57%) compuesta principalmente de plata, estaño, y cobre. Por esta razón se han discutido los riesgos del mercurio en la amalgama dental. El mercurio se emite en cantidades muy pequeñas de vapor. Esto ha provocado algunas inquietudes en cuanto a la posibilidad de intoxicación. La investigación científica sobre la seguridad de la amalgama dental continúa. Según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hay poca evidencia que la salud de la mayoría de la población sea afectada por amalgama. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y otras organizaciones públicas de salud han investigado la seguridad de la amalgama usada para empastar dientes. La conclusión: ninguna evidencia científica ha mostrado que amalgamas causan daño a pacientes con restauraciones dentales, excepto en casos raros de alergia. La Organización Mundial de la Salud (WHO) llegó a una conclusión similar declarando: "Las restauraciones de amalgama son seguras y económicas."

Existe una diversidad de opiniones con respecto a la seguridad de amalgamas dentales. Hay dudas en cuanto a la seguridad de amalgamas en mujeres embarazadas, niños, y personas diabéticas. Sin embargo, la evidencia científica y la literatura de estudios en publicaciones científicas, evaluadas por colegas en la profesión, indican que mujeres, niños, y diabéticos quienes de otra manera están de buena salud no corren un riesgo más alto por tener amalgamas dentales adentro de la boca. La FDA no le pone ninguna restricción al uso de amalgama dental.

Resina Compuesta

Alguna Resina Compuesta contiene Sílice Cristalina, la cual está en la lista de toxinas y carcinógenos conocidos de la Proposición 65 del Estado de California que causan cáncer.

Siempre es una buena idea hablar a fondo con su dentista de cualquier procedimiento dental.

Materiales Dentales — Ventajas y Desventajas

La durabilidad de cualquier restauración dental depende no sólo de los materiales usados sino también del método que el dentista utiliza al colocar la restauración. Otros factores incluyen los materiales auxiliares utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el procedimiento. El tiempo de durabilidad de una restauración dependerá de su higiene dental personal, su dieta, y sus hábitos de masticar.

Empastes de Amalgama Dental

Amalgama dental es una mezcla de mercurio líquido y un polvo de una aleación de plata, estaño, y cobre que se endurece por sí sola. A veces a la amalgama se le refiere como empastes de plata por su color. Con frecuencia se usa como material para empastar y como reemplazo para dientes quebrados.

* *Business and Professions Code 1648.10-1648.20*

Ventajas

- ♥ Duradera
- ♥ No se gasta pronto; resiste la fuerza al morder
- ♥ Relativamente económica
- ♥ Generalmente se completa en una sola visita
- ♥ Se sella solo; se encoge muy poco o no se encoge, y no se escurre
- ♥ Tiene alta resistencia a mayor deterioro (caries) pero puede resultar difícil detectar en sus etapas iniciales
- ♥ Menos frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase “Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)”
- Color gris, no color de diente
- Puede oscurecerse al corroer (dañarse); puede manchar los dientes con el tiempo
- Requiere extraer parte del diente sano
- En empastes más grandes de amalgama, lo que queda del diente se podría debilitar y fracturar
- El conducto de temperaturas altas y bajas en el metal podría causar momentos de sensibilidad de dientes a cosas calientes y frías
- El contacto con otros metales ocasionalmente puede causar una pequeña corriente eléctrica

Empastes de Resina Compuesta

Empastes compuestos son una mezcla de vidrio en polvo y resina de plástico, y a veces se le refiere como empastes blancos, plásticos, o empastes del color de los dientes. Se usa para empastes, incrustaciones, recubrimientos, coronas parciales y completas, o para reparar partes de dientes quebrados.

Ventajas

- ♥ Fuerte y duradera
- ♥ Color de diente
- ♥ Una sola visita para empastar
- ♥ Resiste fracturas
- ♥ Cantidad máxima del diente preservado
- ♥ Poco riesgo de escurrimiento si está pegado solamente al esmalte (superficie)
- ♥ No se corroe (no se desgasta o pudre)
- ♥ Generalmente resiste la fuerza al morder dependiendo del producto utilizado
- ♥ La resistencia a mayor deterioro (caries) es moderada y fácil de detectar
- ♥ De menos a moderada frecuencia de reparación y de reemplazo

Desventajas

- Véase “Qué de la Seguridad de los Materiales de los Empastes (Rellenos)”
- Frecuencia moderada de momentos de sensibilidad de dientes; el material es sensible al método de aplicación del dentista
- Cuesta más que amalgama dental
- El material se encoge al endurecerse y podría ocasionar mayor deterioro (caries) y/o sensibilidad de temperaturas
- Requiere más de una visita para incrustaciones, recubrimientos, y coronas

- Puede gastarse más rápido que el esmalte dental
- Puede escurrirse con el tiempo cuando está pegado debajo del esmalte (debajo de la superficie)

Cemento de Vidrio Ionomérico

Cemento de vidrio ionomérico es una mezcla de vidrio y ácido orgánico que se endurece por sí sola. Es el mismo color de los dientes y varía en su estado de translucidez. Vidrio ionomérico usualmente se usa para empastes pequeños pegando con cemento metal y coronas de porcelana/metal, revestimientos, y restauraciones temporales.

Ventajas

- ♥ Buena apariencia
- ♥ Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- ♥ Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- ♥ El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- ♥ Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta más que amalgama)
- Uso limitado porque no es recomendado usarse en superficies de dientes permanentes en donde se muerde
- Con el tiempo, este material podría hacerse áspero (roñoso) y puede aumentar la acumulación de placa dental y de la enfermedad periodontal
- Se gasta relativamente pronto; suele rajarse con el tiempo y se puede dislocar

Cemento de Resina Ionomérica

Cemento de resina ionomérica es una mezcla de polímero de vidrio y resina y de ácido orgánico que endurece al estar expuesta a una luz azul usada en la oficina dental. Es el mismo color de los dientes pero más translúcido que el cemento de vidrio ionomérico. Más se usa para pequeños empastes, pegando con cemento metal y coronas y revestimientos de porcelana/metal.

Ventajas

- ♥ Muy buena apariencia
- ♥ Puede ayudar contra el deterioro (caries) porque deja escapar fluoruro
- ♥ Cantidad mínima de diente requiere ser extraída y se sella bien con el esmalte (la superficie) y con la dentina debajo del esmalte
- ♥ Bueno para superficies en donde no se muerde
- ♥ Se puede usar para restauraciones a corto plazo de los dientes primarios
- ♥ Puede durar más que vidrio ionomérico pero no tanto como la compuesta
- ♥ Resiste bien el escurrimiento
- ♥ El material tiene menos ocurrencia de producir sensibilidad de dientes
- ♥ Usualmente se completa en una sola visita dental

Desventajas

- Costo es muy similar al de resina compuesta (que cuesta mas que amalgama)
- Uso limitado porque no se recomienda para restaurar superficies de dientes de adultos en donde se muerde
- Se gasta más rápido que la compuesta y la amalgama

Porcelana (Ceramica)

Porcelana es un material semejante al vidrio que se forma en empastes o coronas, usando modelos de los dientes preparados. El material es el mismo color de los dientes y se usa en incrustaciones, recubrimientos, coronas, y puentes fijos.

Ventajas

- ♥ Cantidad mínima de diente requiere ser extraída para los recubrimientos; más cantidad para las coronas porque su fuerza está relacionada con su tamaño
- ♥ Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- ♥ No se gasta la superficie pero puede causar que se gasten los dientes opuestos
- ♥ Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta
- ♥ El material no ocasiona sensibilidad de dientes

Desventajas

- El material es frágil y se puede quebrar bajo la fuerza de morder
- Tal vez no sea recomendado para las muelas
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

Aleaciones de Níquel o Cobalto y Cromo

Aleaciones de níquel o cobalto y cromo son mezclas de níquel y cromo. Son de color plateado oscuro y se utilizan para coronas y puentes fijos y la mayoría de las armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- ♥ Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- ♥ Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- ♥ No se desgasta o se pudre en la boca
- ♥ Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- ♥ Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es un color de metal plateado oscuro
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Puede ser abrasivo a dientes opuestos

- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio
- Un poco más de desgaste a los dientes opuestos

Porcelana Fundida a Metal

Este tipo de porcelana es un material como el vidrio que se “esmalta” encima de cascos de metal. Es el mismo color de diente y se usa para coronas y puentes fijos.

Ventajas

- ♥ Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- ♥ Muy durable, debido a la estructura del metal
- ♥ El material no ocasiona sensibilidad de dientes
- ♥ Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- Más diente requiere ser extraído (que por la porcelana) para la estructura de metal
- Costo más alto porque requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

Aleación de Oro

Aleación de oro es una mezcla de oro, cobre, y otros metales. Es color oro y se usa principalmente para coronas y puentes fijos y algunas armazones de dentaduras parciales.

Ventajas

- ♥ Buena resistencia a mayor deterioro (caries) si la restauración queda a la medida
- ♥ Durabilidad excelente; no se fractura bajo tensión
- ♥ No se desgasta o se pudre en la boca
- ♥ Cantidad mínima de diente requiere ser extraída
- ♥ No se gasta pronto; no gasta los dientes opuestos
- ♥ Resiste escurrimiento porque puede ser moldeado para una medida exacta

Desventajas

- No es color de diente; aleación es color amarillo
- Conduce calor y frío; puede irritar dientes sensibles
- Costo alto; requiere por lo menos dos visitas dentales y servicios de laboratorio

DENTAL BOARD OF CALIFORNIA

1432 Howe Avenue • Sacramento, California 95825
www.dbc.ca.gov

Published by
CALIFORNIA DEPARTMENT OF CONSUMER AFFAIRS
5/04

The Facts About Fillings—Spanish



**RECONOCIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE
DE HABER RECIBIDO EL AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD
DE WESTERN DENTAL**

Al firmar este documento, you reconozco haber recibido una copia del Aviso Conjunto de Normas de Privacidad de Western Dental.

Nombre (en letra de molde)

Firma

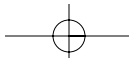
Fecha

FOR WESTERN DENTAL'S USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify)

OFFICE COPY



AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

POR FAVOR, LÉALO CON ATENCIÓN.

El presente Aviso se aplica a la información y a los registros que tenemos en nuestro poder relacionados con su salud, su condición médica y los servicios y cuidados que recibe en este consultorio. Las leyes estatales y federales vigentes nos exigen que aseguremos 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 usted tiene con respecto a 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 con otro.

Si desea realizar alguna pregunta con relación a este Aviso, presentar una queja o comunicarse con el Funcionario de Privacidad de Western para cumplir con alguna disposición del presente Aviso, diríjase al Funcionario de Privacidad de Western a: Western's Privacy Officer, C/o Western Dental Services, 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 Services, Inc.

Western Dental Plan

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 información relacionada con su salud a los médicos, asistentes dentales, técnicos, personal del consultorio o a otros miembros del personal que cuiden de usted y de su salud.

Por ejemplo, si su doctor le está extrayendo una pieza dental, es posible que 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 más apropiado para usted. También puede informar a otro médico sobre su condición para que éste pueda ayudarlo a determinar el tratamiento más adecuado para usted.

Los distintos miembros del personal de este consultorio pueden compartir información sobre usted y darla a conocer a terceros que no trabajen en nuestro consultorio, a fin de coordinar su tratamiento, como por ejemplo, pasar recetas por teléfono a su farmacia, programar trabajos de laboratorio y ordenar radiografías. Es posible que algunos miembros de su familia y otros proveedores de servicios médicos formen 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. Podríamos usar y divulgar información sobre su salud para que el tratamiento y los servicios que reciba en este consultorio puedan ser facturados ya sea a usted o a una compañía de seguros o a un tercero. Por ejemplo, tal vez necesitemos entregar información a su plan médico sobre un servicio que usted recibió aquí, para que el plan médico nos pague a nosotros o le reembolse a usted por dicho servicio. También podríamos informar a su plan médico sobre un tratamiento que usted va a recibir para obtener aprobación previa, o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento.

Para las operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted como parte de nuestra administración interna en este establecimiento y para asegurarnos de que tanto usted como los demás pacientes reciban servicios de calidad. Por ejemplo, podríamos emplear la información sobre su salud para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brindan. También podríamos usar la información médica sobre todos o muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, cómo aumentar nuestra eficiencia o para determinar si ciertos tratamientos nuevos son eficaces o no.

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

Alternativas de tratamiento. Podríamos informarle o recomendarle las posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de interés para usted.

Productos y servicios relacionados con la salud. Podríamos informarle sobre productos o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

SITUACIONES ESPECIALES

Podríamos usar o divulgar su información médica sin su permiso para los propósitos que se mencionan a continuación, sujeto 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 las autoridades legales;
- Para dar a conocer información referida a una víctima de abuso, negligencia o violencia familiar; y,
- Para colaborar con los funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes, en el desempeño de dichas funciones.

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 el investigador participará en la atención que se le brinda 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 se dedican a 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 forma parte de las comunidades nacionales de seguridad o inteligencia, un comando militar u otras autoridades gubernamentales pueden exigirnos que les suministremos su información médica. También podemos divulgar información sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación al trabajador (indemnización laboral). 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 a 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 los medicamentos o problemas con los productos.

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

(Vea por favor el otro lado)

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. Sujeto a todos los requisitos legales correspondientes, 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, edicto, mandato judicial o proceso similar, sujeto 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 caso de que hubiera que identificar a una persona muerta o determinar la causa de muerte.

Información no identificable personalmente. Podemos usar o dar a conocer su información médica de tal manera 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 presenta ninguna objeción. También podemos dar a conocer su información médica a sus familiares o amigos si se puede deducir que usted no se opondría, basándonos en las circunstancias y en nuestro criterio profesional. 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 está presente durante el tratamiento o mientras se habla sobre 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 de salud que sea relevante para la participación que esa persona tiene en sus cuidados. Por ejemplo, podemos informar a la persona que lo acompañó a la sala de emergencias que usted sufrió un ataque cardíaco y mantenerla informada sobre su progreso y el pronóstico. También velando por sus intereses, podemos aplicar nuestro criterio profesional y experiencia para hacer suposiciones razonables, a fin de permitir que otra persona actúe en su lugar, para retirar, por ejemplo, medicamentos recetados, insumos médicos, o radiografías.

OTROS USOS Y TIPOS DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

No usaremos ni divulgaremos información sobre su salud por ningún otro propósito que no sean los que ya se han identificado en las secciones anteriores sin su *Autorización* específica por escrito. Si nos otorga 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, en respuesta 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

Usted goza de 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 relacionadas con la atención que le brindamos. Debe presentar un pedido por escrito al Oficial de Privacidad de Western para inspeccionar y/o copiar su información médica. 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 servicios relacionados con su pedido. 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 analice 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 dicha 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 una Forma (o Formulario) de Enmienda /Corrección de Ficha Dental al Oficial de Privacidad de Western. Podemos rechazar su pedido de enmienda si no se hizo por escrito o si no incluye una razón que lo justifique. Asimismo, podemos negarnos a su pedido si nos solicita que enmendemos información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad creadora de la información ya no estuviera disponible para implementar dicha enmienda.
- No forma parte de la información sobre su salud que tenemos en nuestro poder.
- Usted no está autorizado a inspeccionar y copiar.
- Está correcta 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 divulgado 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. Esta persona debe establecer un período, que no puede ser más prolongado que seis años y tampoco puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su pedido debe indicar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, impresa, por un medio electrónico). Nosotros podemos cobrarle los costos asociados con 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 de salud 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 su familia o un amigo. Por ejemplo, podría pedir que no usemos ni revelemos información sobre una cirugía a la que usted se sometió.

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 cierta manera en particular o en 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 hacer que el aviso corregido o modificado tenga vigencia con respecto 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.



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.