



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

### PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (IS)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tiempo en la Dirección Actual (Años): \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_

Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Método Preferido:  Teléfono  Correo Electrónico  Texto

# de Seguro Social (Para uso de seguro): \_\_\_\_\_

Licencia (DL#): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### CONOCIÉNDOTE

1. ¿Hay otros miembros de tu hogar que no sean pacientes en nuestra oficina?  Sí  No Si la respuesta es sí, escribe sus nombres y relación (por ejemplo: hijo, hija, esposo):

• Nombre/Relación 1: \_\_\_\_\_

• Nombre/Relación 2: \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo te enteraste de nuestra oficina? (Marca todas las opciones que correspondan):  Volante  Plan de Seguro  Letrero

Cartel Publicitario  Sitio Web

Familia o Amigo: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo fue tu último examen dental? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es la razón de tu visita dental hoy? \_\_\_\_\_

### Parte Responsable - Si es el mismo que el paciente: [ ] omite esta sección

Nombre: \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (IS)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Tiempo en la Dirección Actual (Años): \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_

Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Método Preferido:  Teléfono  Correo Electrónico  Texto

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social (Para uso de seguro): \_\_\_\_\_

Licencia (DL#): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

#### \*\* Seguro Primario \*\*

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Unión/Local: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### \*\* Seguro Secundario \*\*

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Unión/Local: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

#### \*\* Plan de Atención Administrada (HMO) \*\*

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Plan #: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### EMPLEO

Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Años con el Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext. #: \_\_\_\_\_

Verificado Por (Uso de Oficina): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### REFERENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (IS)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo del Cónyuge: \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ (Primer) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_ (IS)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

### RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

1. Certifico que la información proporcionada es precisa y será utilizada para otorgar crédito y servicios dentales. Entiendo que soy responsable de los cargos no cubiertos por mi seguro por cualquier motivo.

2. Al firmar, autorizo la verificación e intercambio de información, incluyendo la obtención de informes de agencias de crédito si es necesario para procesar mi solicitud.

3. Autorizo el pago directamente al dentista por los beneficios de mi seguro grupal, que de otro modo serían pagaderos a mí. Soy responsable de cualquier cargo no cubierto por esta autorización y también autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar las reclamaciones.

4. Reconozco que Total Care Dental & Orthodontics ofrece servicios de apoyo a dentistas independientes. Entiendo que el consultorio dental es operado por un dentista independiente, quien es responsable de mi tratamiento. Otros dentistas o la organización de apoyo no son responsables del cuidado dental proporcionado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (DOB): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Su salud bucal está estrechamente relacionada con su salud general. Las condiciones que pueda tener o los medicamentos que esté tomando pueden afectar significativamente el cuidado dental que recibe. Por favor, tómese un momento para responder las siguientes preguntas, ya que esta información nos ayuda a brindarle un tratamiento seguro y efectivo. ¡Gracias!

- ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) o ha tenido una cirugía mayor?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o el cuello?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando actualmente algún medicamento, pastillas o drogas?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor indíquelos: \_\_\_\_\_
- ¿Actualmente toma o alguna vez ha tomado Phen-Fen o Redux?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel u otros medicamentos que contengan bisfosfonatos?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Está siguiendo una dieta especial?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿Usa productos de tabaco?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿qué tipo y con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_
- ¿Usa sustancias controladas?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Mujeres: ¿Está usted...**  
Embarazada o intentando quedar embarazada?  Sí  No Tomando anticonceptivos orales?  Sí  No Amamantando?  Sí  No

**¿Es alérgico(a) a alguno de los siguientes?**  
 Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Medicamentos con Sulfa  Metal  Látex  Anestésicos Locales  
 Otros, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

SIDA / VIH +	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona Medicina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B or C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fácilmente heridos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Zóster	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis / Gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción o urticaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artificial Común	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Arritmia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infarto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón en extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dificultades respiratorias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cefaleas frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipotensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiroidopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moretón fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Neuropatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor mandibular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Paratiroidopatía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Corazón Pace Maker	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amarillo Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente?  Sí  No \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Certifico que la información proporcionada es completa y precisa según mi conocimiento. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos y doy mi consentimiento para radiografías y un examen oral.

Firma del paciente o del padre/madre si el paciente es menor de edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ACTUALIZAR HISTORIA DE SALUD**

Date	Comentarios	Firma del Paciente	Firma del Doctor

**Responsabilidad Financiera:** Solicito que todos los beneficios, si los hay, u otros montos que de otro modo serían pagaderos a mí o en mi nombre por los servicios prestados, sean pagados directamente al proveedor del servicio. Entiendo que soy responsable de todos los cargos por los servicios, independientemente de si el seguro los paga o no. Autorizo al proveedor del servicio a divulgar toda la información necesaria para verificar mi elegibilidad de seguro y garantizar el pago de los beneficios.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Verificación de Información:** La información proporcionada en este documento es verdadera y completa según mi conocimiento. Autorizo a Total Care Dental & Orthodontics (TCD), o a cualquier persona que actúe en su nombre, a obtener, revisar y/o compartir con sus agentes designados o cualquier cesionario de mi cuenta, mi informe crediticio con el propósito de evaluar mi crédito y verificar mi identidad, o para actualizar, renovar, administrar, modificar o cobrar mi cuenta. Esta autorización es válida mientras se adeuden montos en mi cuenta a TCD o a cualquier cesionario de mi cuenta.

Reconozco que TCD puede reportar información sobre mi cuenta a agencias de informes de crédito y otras personas que legalmente puedan recibir dicha información. Pagos tardíos, pagos omitidos u otros incumplimientos en mi cuenta pueden reflejarse en mi informe crediticio.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Consentimiento Expreso Previo para Llamadas/Texto/Correo Electrónico:** Al proporcionar el número de mi línea fija, teléfono celular u otro dispositivo inalámbrico, así como mi dirección de correo electrónico ahora o en el futuro, doy mi consentimiento expreso y acepto que TCD y cualquiera de sus afiliados, agentes, proveedores de servicios o cesionarios puedan llamarme utilizando un sistema de marcación telefónica automática u otro método, dejarme un mensaje de voz, pregrabado o con voz artificial, o enviarme un mensaje de texto, correo electrónico u otro mensaje electrónico para cualquier propósito relacionado con el servicio o cobro de cualquier cuenta que establezca con TCD, o para otros propósitos informativos relacionados con mi cuenta o tratamiento ("Comunicación"). También acepto que TCD y cualquiera de sus afiliados, agentes, proveedores de servicios o cesionarios puedan incluir mi información personal en una Comunicación.

TCD no cobrará por una Comunicación, pero mi proveedor de servicios podría hacerlo. Acepto que Total Care Dental puede monitorear y grabar cualquier llamada telefónica para asegurar la calidad de su servicio u otras razones.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Grabación en Video:** TCD se compromete a brindar atención médica de alta calidad a sus pacientes en un entorno seguro. Por lo tanto, el uso de cámaras de video se limita únicamente a fines de seguridad. No grabamos audio. Todas las grabaciones se guardan en un disco duro local y solo están disponibles para ser vistas por empleados de TCD. Las grabaciones de video no están disponibles para terceros, excepto si lo ordena un tribunal.

Al firmar este documento, usted reconoce y otorga su consentimiento para ser grabado en video durante su visita y tratamiento.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo completamente y acepto estar sujeto a este consentimiento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre, madre, tutor  
o representante legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL, ASÍ COMO CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LEA ESTE DOCUMENTO DETENIDAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.**

### **USOS Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Su información médica puede ser utilizada o divulgada por motivos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Por ejemplo:

- **Tratamiento:** Podemos utilizar su información médica o divulgarla al médico o proveedor de atención médica que le esté brindando tratamiento, o a los familiares y amigos que usted autorice.
- **Pago:** Podemos utilizar o divulgar su información médica para obtener el pago de los servicios que le hayamos proporcionado.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos utilizar o divulgar su información médica por motivos relacionados con nuestras operaciones de atención médica. Estas incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia y las calificaciones de los profesionales médicos, evaluación del desempeño de los profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, acreditaciones, certificaciones y otorgamiento de licencias o credenciales.

**Su autorización:** Además de permitirnos utilizar o divulgar su información médica por motivos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede otorgarnos una autorización por escrito para utilizar dicha información o compartirla con otra persona para cualquier propósito. Usted también tiene derecho a imponer restricciones sobre la divulgación de su Información Médica Personal (PHI, por sus siglas en inglés) o solicitar formas alternativas para su comunicación que garanticen la privacidad de dicha información.

- **Comercialización de servicios médicos:** No utilizaremos su información médica para enviar anuncios comerciales sin su autorización por escrito.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando así lo exijan las leyes o la seguridad nacional.
- **Maltrato o negligencia:** Podemos entregar su información médica a las autoridades correspondientes si hay sospechas de maltrato o negligencia.
- **Recordatorios de citas:** Podemos utilizar o divulgar su información médica para enviarle recordatorios de citas (por ejemplo, mensajes de voz, tarjetas o cartas).

**Grabado De Video:** TCD se compromete a proporcionar atención médica de alta calidad a sus pacientes en un ambiente seguro. Por esta razón, el uso de cámaras de video se limita únicamente a fines de seguridad. No grabamos audio. Todas las grabaciones se almacenan en un disco duro local y solo están disponibles para ser vistas por empleados de TCD. Las grabaciones de video no estarán disponibles para terceros, excepto si lo ordena un tribunal. Al firmar este documento, usted reconoce y otorga su consentimiento para ser grabado en video durante su visita y tratamiento.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **DERECHOS DEL PACIENTE**

- **Acceso:** Usted tiene derecho a ver su información médica y obtener copias, con contadas excepciones. Si solicita copias, se le cobrará \$25.00 por localizar y copiar la información, además del costo del franqueo si desea recibir las copias por correo.
- **Corrección:** Tiene derecho a solicitar que corriamos su información médica.

### **PREGUNTAS Y RECLAMOS**

Si desea obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros.

Si cree que hemos violado su derecho a la privacidad, no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado respecto al acceso a su información médica, o desea que nos comuniquemos con usted por medios alternativos o en otra dirección, puede presentar un reclamo en las direcciones de contacto detalladas al final de este Aviso. También puede presentar un reclamo por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Si lo solicita, le proporcionaremos la dirección donde puede presentar dicho reclamo.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información médica. No tomaremos represalias si decide presentar un reclamo contra nosotros ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Nuestra institución tiene un funcionario designado para la privacidad y contacto. Nuestro personal de recepción lo dirigirá a dicho funcionario si lo solicita.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

→  
\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

**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 Keivan Sarraf, DDS, Inc ("TCD"), o cualquier empleado, agente o proveedor de TCD, 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 TCD incluye a la corporación y sus empleados, agentes y proveedores. La presentación de cualquier causa judicial ante cualquier tribunal por parte de TCD 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 TCD, 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 TCD y a cada una de las partes demandadas. El reclamo se enviará por correo de los Estados Unidos, con franqueo pre-pagado a: tal Care Dental, 5703 S. Vermont Ave, Los Angeles, CA 90037. 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 TCD están de acuerdo que cualquier arbitraje gobernado por este acuerdo será determinado por un solo árbitro imparcial, elegido por las partes y será resuelto usando las reglas del American Arbitration Association. (El arbitraje, sin embargo, no será determinado por American Arbitration Association.). El Paciente tramitará sus reclamos con la diligencia razonable y el arbitraje se regirá 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 TCD (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

#### ACUERDO DE TCD DE SOMETERSE AL ARBITRAJE

En consideración por los acuerdos citados previamente, de conformidad con el presente Contrato, TCD 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 TCD  
(en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de un empleado de TCD

\_\_\_\_\_  
Fecha



## INFORMACIÓN SOBRE MATERIALES DENTALES

He recibido la hoja informativa sobre Materiales Dentales, Con fecha de Mayo 2004.



\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Hoja de Hechos Sobre Materiales Dentales

### ¿Qué Hay de la Seguridad de los Materiales de Relleno?

La salud del paciente y la seguridad de los tratamientos dentales son los objetivos principales de los profesionales dentales de California y de la Junta Dental de California. El propósito de esta hoja de hechos es brindarle información sobre los riesgos y beneficios de todos los materiales dentales utilizados en la restauración (relleno) de los dientes. La Junta Dental de California está obligada por ley\* a poner esta hoja de hechos sobre materiales dentales a disposición de todos los dentistas con licencia en el estado de California. Su dentista, a su vez, debe proporcionar esta hoja de hechos a cada paciente nuevo y a todos los pacientes registrados solo una vez antes de comenzar cualquier procedimiento de relleno dental. Como paciente o padre/tutor, se le recomienda encarecidamente que hable con su dentista sobre los hechos presentados acerca de los materiales de relleno que se estén considerando para su tratamiento particular.

- Código de Negocios y Profesiones 1648.10-1648.20

### Reacciones Alérgicas a los Materiales Dentales

Los componentes en los empastes dentales pueden tener efectos secundarios o causar reacciones alérgicas, al igual que otros materiales con los que podemos estar en contacto en nuestra vida diaria. Los riesgos de tales reacciones son muy bajos para todos los tipos de materiales de relleno. Estas reacciones pueden ser causadas por componentes específicos de los materiales de relleno, como mercurio, níquel, cromo y/o aleaciones de berilio. Generalmente, una alergia se manifiesta como una erupción cutánea y se revierte fácilmente cuando la persona no está en contacto con el material. No hay casos documentados de reacciones alérgicas a resina compuesta, ionómero de vidrio, ionómero de resina o porcelana. Sin embargo, se han reportado raras respuestas alérgicas con amalgama dental, porcelana fusionada con metal, aleaciones de oro y aleaciones de níquel o cobalto-cromo. Si usted sufre de alergias, discuta estos posibles problemas con su dentista antes de elegir un material de relleno.

### Toxicidad de los Materiales Dentales

#### Amalgama Dental

El mercurio en su forma elemental está en la lista de la Proposición 65 del Estado de California como un producto químico conocido por causar toxicidad reproductiva. El mercurio puede dañar el cerebro en desarrollo de un niño o feto.

La amalgama dental se crea mezclando mercurio elemental (43-54%) y un polvo de aleación (46-57%) compuesto principalmente de plata, estaño y cobre. Esto ha generado debates sobre los riesgos del mercurio en la amalgama dental. Tal mercurio se emite en cantidades mínimas como vapor. Se han planteado preocupaciones sobre una posible toxicidad. La investigación científica continúa evaluando la seguridad de la amalgama dental. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, hay pocas evidencias de que la salud de la gran mayoría de las personas con amalgama esté comprometida.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y otras organizaciones de salud pública han investigado la seguridad de la amalgama utilizada en empastes dentales. La conclusión: no hay evidencia científica válida que demuestre que las amalgamas causen daño a los pacientes con restauraciones dentales, excepto en casos raros de alergia. La Organización Mundial de la Salud llegó a una conclusión similar afirmando que "las restauraciones de amalgama son seguras y rentables". Existen diversas opiniones sobre la seguridad de las amalgamas dentales. Se han planteado preguntas sobre su seguridad en mujeres embarazadas, niños y diabéticos. Sin embargo, la evidencia científica y la literatura de investigación en revistas científicas revisadas por pares sugieren que, de lo contrario, las mujeres, niños y diabéticos sanos no están en mayor riesgo por las amalgamas dentales en sus bocas. La FDA no impone restricciones sobre el uso de amalgama dental.

#### Resina Compuesta

Algunas resinas compuestas incluyen sílice cristalina, que está en la lista de la Proposición 65 del Estado de California como una sustancia química conocida por

causar cáncer. Siempre es una buena idea discutir cualquier tratamiento dental detalladamente con su dentista.

### EMPASTES DE AMALGAMA DENTAL

Los empastes de amalgama dental son una mezcla autónoma de endurecimiento de aleación de plata-estaño-cobre en polvo y mercurio líquido, y a veces se les llama empastes de plata debido a su color. Frecuentemente se utilizan como material de relleno y reemplazo para dientes rotos.

#### Ventajas

- Duradero; larga duración.
- Resistente al desgaste; soporta bien las fuerzas de mordida.
- Relativamente económico.
- Generalmente se completa en una sola visita.
- Autosegellado; mínima o ninguna contracción y resistencia a fugas.
- Alta resistencia a más caries, aunque puede ser difícil detectarlas en las primeras etapas.
- Baja frecuencia de reparación y reemplazo.

#### Desventajas

- Consulte "¿Qué hay de la seguridad de los materiales de relleno?".
- Color gris, no del color del diente.
- Puede oscurecerse a medida que se corroe; puede manchar los dientes con el tiempo.
- Requiere eliminar parte del diente sano.
- En rellenos de amalgama más grandes, el diente restante puede debilitarse y fracturarse.
- Debido a que el metal puede conducir temperaturas calientes y frías, puede haber sensibilidad temporal al calor y al frío.
- El contacto con otros metales puede causar un flujo eléctrico minúsculo ocasional.

La durabilidad de cualquier restauración dental no solo depende del material con el que está hecha, sino también de la técnica del dentista al colocarla. Otros factores incluyen los materiales de soporte utilizados en el procedimiento y la cooperación del paciente durante el mismo. La duración de una restauración depende de su higiene dental, cuidado en el hogar, dieta y hábitos de masticación.

### RELLENOS DE RESINA COMPUESTA

Los rellenos de resina compuesta son una mezcla de vidrio en polvo y resina plástica, a veces llamados rellenos blancos, plásticos o del color del diente. Se utilizan para rellenos, incrustaciones, carillas, coronas parciales y completas, o para reparar partes de dientes rotos.

#### Ventajas

- Fuerte y duradero
- Del color del diente
- Requiere una sola visita para los rellenos
- Resiste fracturas
- Preserva la máxima cantidad posible del diente
- Riesgo pequeño de filtración si está adherido solo al esmalte
- No se corroe
- Generalmente resiste bien las fuerzas de la masticación, dependiendo del producto utilizado
- Resistencia moderada a caries adicionales y fácil de localizar
- Frecuencia de reparación o reemplazo baja a moderada

#### Desventajas

- Consulte "¿Qué hay sobre la seguridad de los materiales para rellenos?"
- Ocurrencia moderada de sensibilidad dental; sensible al método de aplicación del dentista
- Más costoso que la amalgama dental
- El material se contrae al endurecerse, lo que podría causar más caries y/o sensibilidad a la temperatura



- Requiere más de una visita para incrustaciones, carillas y coronas
- Puede desgastarse más rápido que el esmalte dental
- Puede filtrarse con el tiempo si está adherido debajo de la capa de esmalte

### **CEMENTO DE IONÓMERO DE VIDRIO**

El cemento de ionómero de vidrio es una mezcla autoendurecible de vidrio y ácido orgánico. Es del color del diente y varía en translucidez. Generalmente se utiliza para rellenos pequeños, cementar coronas de metal y porcelana/metal, bases, y restauraciones temporales.

#### **Ventajas**

- Estética razonablemente buena
- Puede ayudar a prevenir caries porque libera flúor
- Se necesita remover una cantidad mínima de diente y se adhiere bien tanto al esmalte como a la dentina debajo del esmalte
- El material tiene una baja incidencia de causar sensibilidad dental
- Generalmente se completa en una sola visita dental

#### **Desventajas**

- *Su costo es muy similar al de la resina compuesta (que es más costosa que la amalgama)*
- *Uso limitado porque no se recomienda para superficies de masticación en dientes permanentes*
- *A medida que envejece, este material puede volverse áspero e incrementar la acumulación de placa y el riesgo de enfermedad periodontal*
- *No resiste bien el desgaste; tiende a agrietarse con el tiempo y puede desprenderse*

### **CEMENTO DE RESINA-IONÓMERO**

El cemento de resina-ionómero es una mezcla de vidrio, resina polimérica y ácido orgánico que se endurece al exponerse a una luz azul utilizada en el consultorio dental. Es del color del diente pero más translúcido que el cemento de ionómero de vidrio. Se usa con mayor frecuencia para rellenos pequeños, cementar coronas de metal y porcelana/metal, y bases.

#### **Ventajas**

- Muy buena estética
- Puede ayudar a prevenir caries porque libera flúor
- Se necesita remover una cantidad mínima de diente y se adhiere bien tanto al esmalte como a la dentina debajo del esmalte
- Adecuado para superficies que no soportan la masticación
- Puede utilizarse para restauraciones temporales en dientes primarios
- Puede resistir mejor que el ionómero de vidrio, pero no tanto como la resina compuesta
- Buena resistencia a la filtración
- El material tiene una baja incidencia de causar sensibilidad dental
- Generalmente se completa en una sola visita dental

#### **Desventajas**

- Su costo es muy similar al de la resina compuesta (que es más costosa que la amalgama)
- Uso limitado porque no se recomienda para restaurar superficies de masticación en adultos
- Se desgasta más rápido que la resina compuesta y la amalgama

### **PORCELANA (CERÁMICA)**

La porcelana es un material similar al vidrio que se moldea en forma de rellenos o coronas utilizando modelos de los dientes preparados. El material es del color del diente y se utiliza en incrustaciones, carillas, coronas y puentes fijos.

#### **Ventajas**

- Se necesita remover muy poca estructura dental para usarla como carilla; se debe remover más diente para una corona porque su resistencia está relacionada con su volumen (tamaño)
- Buena resistencia a caries adicionales si la restauración se ajusta correctamente

- Resistente al desgaste de la superficie, aunque puede causar cierto desgaste en los dientes opuestos
- Resiste la filtración porque puede moldearse para lograr un ajuste muy preciso
- El material no causa sensibilidad dental

#### **Desventajas**

- El material es frágil y puede romperse bajo fuerzas de masticación
- Puede no recomendarse para los dientes molares
- Costo más alto porque requiere al menos dos visitas al consultorio y servicios de laboratorio

### **ALEACIONES DE NIQUEL O COBALTO-CROMO**

Las aleaciones de níquel o cobalto-cromo son mezclas de níquel y cromo. Tienen un color metálico plateado oscuro y se utilizan para coronas, puentes fijos y la mayoría de las estructuras de prótesis parciales.

#### **Ventajas**

- Buena resistencia a caries adicionales si la restauración se ajusta correctamente
- Excelente durabilidad; no se fractura bajo estrés
- No se corroe en la boca
- Se necesita remover una cantidad mínima de diente
- Resiste la filtración porque puede moldearse para lograr un ajuste muy preciso

#### **Desventajas**

- No tiene el color del diente; la aleación es de color metálico plateado oscuro
- Conduce calor y frío; puede irritar los dientes sensibles
- Puede ser abrasiva para los dientes opuestos
- Costo elevado; requiere al menos dos visitas al consultorio y servicios de laboratorio
- Desgaste ligeramente mayor en los dientes opuestos

### **PORCELANA FUNDIDA A METAL**

Este tipo de porcelana es un material similar al vidrio que se "esmalta" sobre estructuras metálicas. Es del color del diente y se utiliza para coronas y puentes fijos.

#### **Ventajas**

- Buena resistencia a caries adicionales si la restauración se ajusta correctamente
- Muy duradera, gracias a la estructura metálica
- El material no causa sensibilidad dental
- Resiste la filtración porque puede moldearse para lograr un ajuste muy preciso

#### **Desventajas**

- Se debe remover más diente (en comparación con la porcelana) para acomodar la estructura metálica
- Costo elevado porque requiere al menos dos visitas al consultorio y servicios de laboratorio

### **ALEACIÓN DE ORO**

La aleación de oro es una mezcla de oro, cobre y otros metales, de color dorado, que se utiliza principalmente para coronas, puentes fijos y algunas estructuras de prótesis parciales.

#### **Ventajas**

- Buena resistencia a caries adicionales si la restauración se ajusta correctamente
- Excelente durabilidad; no se fractura bajo estrés
- No se corroe en la boca
- Se necesita remover una cantidad mínima de diente
- Se desgasta bien; no causa desgaste excesivo en los dientes opuestos
- Resiste la filtración porque puede moldearse para lograr un ajuste muy preciso

#### **Desventajas**

- No tiene el color del diente; la aleación es de color amarillo
- Conduce calor y frío; puede irritar los dientes sensibles
- Costo elevado; requiere al menos dos visitas al consultorio y servicios de laboratorio