

# REGISTRACION Y INFORMACION DEL PACIENTE



5761 S. Fort Apache Rd.  
Las Vegas, NV 89148  
TEL: 702 341-6610  
FAX: 702 341-6961

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo nombre

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

# Telefono Casa/Celular \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ # Telefono Trabajo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre de persona o compania que la refirio \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Responsable \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

# Telefono Casa \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre de Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_ # Telefono Trabajo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

Nombre de Persona or Pariente mas cercana para contractar en caso de emergencia que no viva con usted \_\_\_\_\_

Relacion \_\_\_\_\_ # Telefono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

**INFORMACION DE ASEGURANZA**

Nombre de Aseguranza Primaria \_\_\_\_\_ Poliza Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

# Telefono \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ # Poliza \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de Aseguranza Secundaria \_\_\_\_\_ Poliza Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

# Telefono \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ # Poliza \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_

## AUTHORIZACION DE SEGURO Y ASIGNAMIENTO

Yo autorizo de dar cualquier informacion medica y necesaria para procesar cualquier reclamo(s) con mi compania de seguro/aseguranza y asigno beneficios para me paguen a mi o para que le paguen al doctor o grupo responsabilidad cualquier deducibles, co-pagos o cantidad de services que mi compania de seguro/aseguranza no cubran. Todos los servicios profesionales dados son cargos para el paciente. Yo doy y autorizo de dar todo mi expediente medico a mi doctor que esta en Desert Perinatal Associates y tambien para que continue dandome tratameinto medico.

El paciente es responsable de todos los cargos aunque haiga cobertura de seguro. En el evento de coleccion procedo en pagar de mi parte, y estoy de acuerdo de pagar lo que se le deba al doctor. Una copia de firma es valida como la original.

X \_\_\_\_\_ Fecha  
 Firma del Paciente o  
 Persona Respsnable (si es menor de edad)



Joseph A. Adashek, M.D., FACOG  
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG  
Van R. Bohman, M.D., FACOG  
Donald L. Roberts, M.D., FACOG  
Sean M. Keeler, M.D., FACOG

---

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ULTRASONIDOS

Un ultrasonido hay sido ordenado para usted por su medico. Hay muchas razones por las cuál este examen diagnostico hay sido ordenado por ejemplo una evaluación de su bebé para ver defectos de nacimiento, medidas de crecimiento, niveles de liquido amniótico y índices de Doppler; análisis de sangre anormales, adjuntos al diagnostico con pruebas terapéuticas. La calidad de nuestros ultrasonidos son dependidos totalmente en el equipo utilizado. Su ultrasonido consiste en la posición que se encuentra su bebe en su matriz, su peso, y cirugías hechas anteriormente.

Exámenes hechos por ultrasonidos nunca se han visto que le haga daño a usted o a su bebe. Este examen no es una radiografía. Ultrasonidos usan sonidos acústicas.

Un ultrasonido produce una pulsación pequeña de sonido de alta frecuencia y se escucha el eco de su cuerpo. Después una computadora integra esta información para hacer una imagen que usted ve en una pantalla. Muchas cosas se pueden ver en su bebé como defectos y anomalías de crecimiento. Ultrasonidos también son usados para ver que tan cerca esta su bebé a la aguja cuando se hacen procedimientos como amniocentesis.

Si usted decide no hacer un ultrasonido es difícil o hasta imposible, de mantener el cuidado de usted y su embarazo puede haber anomalías de su sistema reproductivo que no se pueden diagnosticar o dar tratamiento. Y usted no podrá aprovecharse de muchas opciones producidas a usted por la ley. El nacimiento de su bebé se puede poner en peligro no haber tenido un especialista apropiado presente durante su embarazo y el tiempo de nacimiento o cuando su bebé lo necesite. Sin un ultrasonido, las medidas terapéuticas no serian posible y hasta le puede dar lugar a un bebé dañado o aún la perdida de la vida de su bebé.

El cuidado y la preocupación se le darán a usted y a su bebé. Incluso un ultrasonido no es ciencia perfecta, y habrá cosas que no se podrán identificar o considerar dependiendo de la edad del bebé, de su composición de su cuerpo, y la posición de su bebé dentro de su matriz. Pero si existen algunas anomalías que no se ven en ultrasonidos.

Entiendo que un ultrasonido no podrá identificar todas las cosas en mi o en mi bebe, sino que pueda ser una herramienta muy provechosa para ayudar a manejar mi embarazo y planear el nacimiento de mi bebe.

He leído este consentimiento, eh entendido completamente la información, he tenido todas mis preguntas contestadas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_ **Si deseo** un ultrasonido

\_\_\_\_\_ **No deseo** un ultrasonido



Joseph A. Adashek, M.D., FACOG  
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG  
Van R. Bohman, M.D., FACOG  
Donald L. Roberts, M.D., FACOG  
Sean M. Keeler, M.D., FACOG

---

# EL CONSENTIMIENTO PARA OBTENER, CONSERVAR O DEMONSTRAR INFORMACION GENETICA

En este documento, "información genética" significa cualquier información que es obtenida de una prueba genética.

## **I. Entiendo que ningún asegurador ni la corporación que proporciona seguro de salud, el portador que sirve a empleadores pequeños a empleador o la organización de la conservación de la salud puede:**

- (a) Requierame o cualquier miembro de mi familia a tomar una prueba genética;
- (b) Requierame a demostrar si yo o cualquier miembro de mi familia hemos tomado una prueba genética;
- (c) Solicite mi información genética o la información genética de cualquier miembro de mi familia;
- (d) A determinar los cobros de servicios cubiertos o de cualquier otro aspecto de beneficios para asistencia médica para mí o para mi familia, serán basados en si yo o cualquier otro miembro de mi familia hemos tomado una prueba genética o la información genética de cualquier miembro de mi familia.

## **2. Entiendo también que:**

- (a) Tengo la autorización para recibir los resultados escritos de de mis pruebas genéticas. La persona que ordeno las pruebas recibirá primero los resultados y después serán disponible para mi. Los resultados escritos deben indicar que sin excepción de otro modo proporcionado en el capítulo 629 de NRS, mi información genética no puede ser obtenida, puede ser conservada o puede ser demostrada sin informarme o obtener primero mi consentimiento.
- (b) Es ilegal para una persona o para otra persona usar mi entidad para obtener información genética sin informarme o obtener primero mi consentimiento. A menos que la información sea obtenida;
  - (i) Por el estado federal, el condado o la agencia de la ley de la ciudad para establecer la identidad de una persona o un cuerpo;
  - (ii) Para determinar el linaje o la identidad de una persona en ciertas circunstancias;
  - (iii) Para determinar la paternidad de una persona en ciertas circunstancias;
  - (iv) Para el uso en un estudio donde las identidades de las personas para quien la información genética es obtenida no son demostradas a la persona que realiza el estudio;
  - (v) Para determinar la presencia de ciertos desórdenes transmisibles en un bebe en ciertas circunstancias;
  - (vi) Según una orden de un tribunal o de un juez.
- (c) Es ilegal para una persona recibir información genética que me identifica, sin informarme o obtener primero mi consentimiento. A menos que la retención de la información genética sea:
  - (i) Necesario para realizar una investigación criminal con respecto a la muerte de una persona, criminal o un procedimiento de un juvenil;
  - (ii) Autorizado por una orden tribunal o de un juez;
  - (iii) Necesario para ciertos centros medicos que mantenga mi expediente medica.
- (d) Si yo autorizo a una persona para que mantenga mi información genética, pude solicitar que la persona destruye la información genética. Tal persona destruirá la información que el mantenimiento de la información sea:
  - (i) Necesario para realizar una investigación criminal, con respecto a la muerte de una persona, criminal o un procedimiento de un juvenil;
  - (ii) Autorizado por una orden de un tribunal o de un juez;
  - (iii) Necesario para ciertos centros médicos que mantenga mi expediente médica;
  - (iv) Autorizado o requerido por la ley.



Joseph A. Adashek, M.D., FACOG  
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG  
Van R. Bohman, M.D., FACOG  
Donald L. Roberts, M.D., FACOG  
Sean M. Keeler, M.D., FACOG

---

## EL CONSENTIMIENTO PARA OBTENER, CONSERVAR O DEMONSTAR INFORMACION GENETICA

(continued)

- (e) Excepto de otro manera proporcionado por la ley federal, una persona que obtiene mi información genética para el uso de destruirá la información sobre el final del estudio o si me retiro del estudio, depende cual ocurra primero, A menos que autorice a la persona que realiza el estudio que mantenga mi información genética después que el estudio finalice o sobre mi retiro de el estudio.
- (f) Es ilegal para una persona que revele mi identidad si fui un sujeto de una prueba genética o demostrar a otra persona información genética que permita a la otra persona identificarme sin informarme o obtener primero mi consentimiento. A menos que la información sea:
- (i) Necesario para realizar una investigación criminal con respecto a la muerte de una persona, criminal o un procedimiento de juvenil;
  - (ii) Para determinar el linaje o la identidad de unas personas en ciertas circunstancias;
  - (iii) Para determinar la paternidad de una persona en ciertas circunstancias;
  - (iv) Según una orden tribunal o de un juez;
  - (v) Por un médico después de que yo eh fallecido y mi información genética participará en el diagnóstico médico de personas relacionados a mí por sangre;
  - (vi) A el estado federal, el condado o la agencia de la ley de la ciudad para establecer la identidad de una persona o un cuerpo;
  - (vii) Para determinar la presencia de ciertos desórdenes transmisibles en un bebe en ciertas circunstancias;
  - (viii) Por una agencia de la justicia criminal en ciertas circunstancias.

POR FAVOR TERMINE LA INFORMACION SIGUIENTE:

Yo, \_\_\_\_\_ permito y doy mi consentimiento a Desert Perinatal  
(el nombre paciente, por favor impresión)

Associates a demostrar mi información genética, resultados del laboratorio, y resultado de diagnósticos a lo(s) Siguiente:

El Médico que se refiere \_\_\_\_\_

Esposo/Pareja \_\_\_\_\_

Otra Persona \_\_\_\_\_

Doy el permiso a dejar los Resultados Normales en mi buzón de voz/contestador/correo electrónico.  Si  No

Si el paciente no puede firmar, por favor explique la razón aquí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



Joseph A. Adashek, M.D., FACOG  
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG  
Van R. Bohman, M.D., FACOG  
Donald L. Roberts, M.D., FACOG  
Sean M. Keeler, M.D., FACOG

---

## RECONOCIMIENTO FINANCIERO DE RESPONSABILIDAD

Gracias por escoger para su médico de asistencia de salud. El siguiente es nuestra política financiera. Si usted tiene cualquier pregunta o preocupación acerca de nuestras políticas de pago, por favor no dude en preguntar nuestro gerente de facturación.

Todos los deductibles, co-pagos y cargos aplicables son debidos en el tiempo de servicio. Sin ninguna EXCEPCION. Todos los honorarios de cirugías deben ser pagados en completo antes de la fecha de su cirugía sin ninguna EXCEPCION. Aceptamos cash, cheque, y para su conveniencia Mastercard, Visa, Discover, American Express. Si **Desert Perinatal Associates** esta contratado con su compañía de aseguransa nosotros someteremos su reclamo (s) a su compañía de seguros. Si sus beneficios o compañía cambian es su responsabilidad de notificar a nuestra oficina inmediatamente.

Usted debe de entender lo siguiente:

1. su póliza de seguros es un contrato entre usted, la compañía en cuál trabaja y su aseguransa. Nosotros no somos parte de ese contrato. Nuestra relación es con usted, no con su compañía de seguros.
2. Todos los cargos son su responsabilidad, aun si su compañía de seguros no paga. No todos los servicios son cubridos en sus beneficios o en todos los contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente escoge ciertos servicios, que ellos no cubrirán. Los honorarios para estos servicios, junto con sus deductibles y co-pagos, son debidos en el tiempo del tratamiento. Usted es responsable de esa cantidad.
3. Usted es responsable de saber sus beneficios de seguro. ¿Como si su seguro requiere una referencia de su medico?. ¿Toman parte en su plan nuestro medico? ¿Que locales toman parte en su plan? Si le podemos asistir por favor pregunte.
4. Si la compañía de seguros no paga todos los cargos dentro de 30 días, nosotros le preguntaremos Que usted se ponga en contacto con el portado de su seguro. Si a los 45 días su aseguransa no a pagado nosotros le requerimos que usted pague el balance con cash, cheque, o con tarjeta de crédito.
5. El regreso de un cheque sin fondos será transferido automáticamente a una agencia de colecciones usted es responsable de todos honorarios relacionados con su cheque sin fondos, reservamos el derecho de no aceptar pagos hechos por cheque.
6. Balances atrasados más de 60 días será la responsabilidad del paciente y se le agregará cargos de 2% de interés por cada mes, Aun que haga hechos arreglos de pago.
7. Usted será responsable de los honrarais de colección de los gastos judiciales, y costos del tribunal.

Nosotros entendemos que pueda tener problemas financieros temporarios y puedan afectar sus pagos de su cuenta. Nosotros le pedimos que se comunice con nuestra oficina por si tiene problemas para que nosotros le puédanos ayudar en la administración de su cuenta.

Firma de paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Imprima su nombre \_\_\_\_\_

Joseph A. Adashek, M.D., FACOG  
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG  
Patricia M. Pierce, M.D., FACOG  
Van R. Bohman, M.D., FACOG  
Joel K. Schwartz, M.D., FACOG  
Alan D. Bolnick, M.D., FACOG  
Quynh T. Vo, M.D., FACOG

# UN BREVE VISTASO A LO QUE ES ARBITRAJE

Page 1 of 3

## Introducción

Arbitraje es una alternativa de resolución de disputa, un procedimiento que ha sido aprobado por tales grupos, como la asociación médica de California, y notado de ser un método a favor de resolver disputas bajo la corte suprema de los Estados Unidos.

Si no tiene mucho conocimiento a lo que es arbitraje en general, la información incluida aquí le provee algunos de los principios básicos de arbitraje.

## ¿Qué es el arbitraje?

Arbitraje es una manera alternativa de resolver disputas. En vez de llevar su desacuerdo o inconformidad por medio de un proceso costoso y tardío como litigación tribunal, usted y el doctor están de acuerdo y someten sus desacuerdos con un arbitrador para que el o ella tenga su determinación en cualquier disputa.

El arbitrador es seleccionado o escogido dentro del gran número de jueces retirados, quienes están disponibles y capacitados al servir en estos asuntos. Es mutuamente con acuerdo por ambos usted y el doctor. Después de una audiencia, por lo usual es menos formal que una diligencia en la corte. El arbitrador hace la decisión ("condecoración") aunque los procedimientos son diferentes, generalmente las mismas leyes y mismas medidas de daños a las cuales se aplican en la diligencia en la corte, también se aplican en arbitraje.

## ¿El Arbitraje te previene de hacer una Demanda?

No. Por escoger arbitraje como forma de resolver un desacuerdo, lo que está esencialmente haciendo es moviendo la demanda a un foro diferente (i.e., de un jurado a un arbitrador) para escuchar y ultimadamente decidir su demanda.

## ¿Le previene de obtener un premio Financiero?

No. Arbitraje no le restringe o previene de obtener un premio financiero. De cualquier manera si el arbitrador acepta y está de acuerdo con su reclamo, le determinará una condecoración de daños. La corte suprema de los Estados Unidos tiene, de hecho, previamente mantenido que arbitraje es fuertemente a favor o aceptado como expeditivo y como una alternativa económica al sistema tribunal.

## ¿Pudiera ser representado por un abogado a mi elección?

Si. A cualquier persona en un arbitraje pudiera ser representado por un abogado a su elección de el o ella. El arbitrador escuchará los hechos y decidirá el asunto si si o no los convites o personas son representados por abogados.

## ¿Quién está ligado a este contrato?

Si usted escoge a firmar el acuerdo a arbitraje. Usted está en acuerdo a unirse y a cualquiera quien traiga pleito en conexión con el tratamiento o servicios dados a usted por su doctor. Si usted firma de parte de un miembro de la familia o alguna u otra persona a la cual tiene responsabilidad. Usted está uniendo a esa persona así como a cualquiera que pueda demandar en relación al tratamiento o servicios dados a esa persona por el doctor. Así mismo el doctor o quien este demandado de parte al doctor. Está ligado.

## ¿Qué cuesta el arbitraje?

En general, arbitraje es menos costoso que acciones tribunales. Las cuotas del arbitrador son ordinariamente compartidas igualmente por los convites o personas. El monto de esas cuotas se basará bajo la complejidad y lo largo del caso.

## ¿Si los dos convites o personas no les gusta el resultado del arbitraje, pudiera haber todavía un juicio con un jurado en la corte?

Generalmente, la respuesta es "no" menos costoso que acciones tribunales. Las cuotas del arbitrador son ordinariamente compartidas igualmente por los convites o personas. El monto de esas cuotas se basará bajo la complejidad y los del caso.

Joseph A. Adashek, M.D., FACOG  
Paul T. Wilkes, M.D., FACOG  
Patricia M. Pierce, M.D., FACOG  
Van R. Bohman, M.D., FACOG  
Joel K. Schwartz, M.D., FACOG  
Alan D. Bolnick, M.D., FACOG  
Quynh T. Vo, M.D., FACOG

Page 2 of 3

## ¿ Si los dos convites o personas no les gusta el resultado del arbitraje, pudiera haber todavia un juicio con un jurado en la corte?

Generalmente, la respuesta es "no" todo el proposito d arbitraje es de evitar el gasto, tardanza e inconveniencia de ir a la corte. Condecoraciones de arbitaje pueden ser repasados y potencialmente ser cambiados de opinión ("anular") por el tribunal en circunstancias limitadas.

### UN MENSAJE A NUESTROS PACIENTES ACERCA DE ARBITRAJE

El contrato es un acuerdo de arbitración. Con firmar ese acuerdo, estamos de acuerdo que cualquier disputa que surja fuera de los servicios medicos que reciba. Han de ser resueltos en ligacion de arbitraje preferible que una demanda en la corte. Demandas legales es algo que nadie anticipa y toda persona trata de evitar. Creemos que el metodo de resolver disputas por arbrtraje es uno de los sistemas mas justos para ambas personas pacientes y medicos. Acuerdo de arbitraje entre proveedores del cuidado de salud y pacientes han sido reconocidos de hace tiempo y aprobados por las cortes de California.

Con firmar este acuerdo; usted esta cambiando el lugar el cual demanda va a ser presentada. Todavia puede usted llamar a testigos y presentar evidencia. Cada persona elige un arbitrador (arbitradores de los convites); quienes después eligen a untercer arbitrador nuetro. Estos tres arbitradores escuchan el caso, este acuerdo generalmente ayuda a limitar los costos legales para ambos pacientes y medicos. Adelante, ambos personas se les da a cambio uno de los juicios rigurosos y publicidad que quiza acompañe diligencia judicial.

Nuestra meta es por supuesto dar, de tal manera cuidado medico para evitar cual quier disputa. Sabemos que los mayores problemas comiezan con la comunicación. Por eso, si usted tiene preguntas acerca de su salud, por favor preguntenos.

### CUERDO DE ARBITRAJE ENTRE PACIENTE-MEDICO

Articulo 1: **Acuerdo para Arbitrar:** Esta en acuerdo que cualquier disputa de practica impropia medicina. Va en cuanto si algun servicio medicino sea rendido bajo este contrato fueron inecesarios o fueron imprpiamente, negligentemente o incompletamente rendidos, seran determinados por sumisión a arbitraje bajo la ley expresada en Nevada, y no por un litigio o recurso de un proceso de la corte a como la ley de Nevada provee para revision juridicia de la diligencia arbitral. A los dos convites o personas en este contrato. Al entrar en este ceden sus derechos constitcionales para si se presenta una cualquiera disputa decidida por la tribunal ante un jurado, y en vez de esto estan aceptando el ligo de arbitaje.

Articulo 2: **Todo Demanda Debe Ser Arbitrada:** Es la intencion de los convites o personas que este acuerdo ha de cubrir la existente o subsecuente demanda o controversias contrato o de otra forma. Y de juntar todos los convites o personas a los cuales sus demandas quiza surjan de o en cualquier manera relacionada al tratamiento o servicios proveidos o no proveidos por el identificado dado medico, grupo medico o asociación, sus companeros, asociados, y/o proveedores (aquí/después tambien colectivamente se refiere y dice "medico") al paciente. Incluyendo a cualquier espose o herederos del paciente y todo infante. Si es nacido o sin nacer al tiempo de la causa surgiendo alguna demanda. En el caso de alguna madre embarazada en termino "paciente" aquí significa la madre y el futuro a los que espera la madre hijo(a) o hijos(as).

Clasificado por el medico de cualquier accion en cualquier tribunal por el medico que cobre alguna cuota del paciente. No ha de renunciar el derecho a obligar arbitraje de cualquier demanda de malpractica medica. Aun sin embargo, siguiendo la aserción de cualquier demanda en contra del medico. Toda disputa de cuota. Fuera o no el sujeto de cualquier medida existente por la corte, no sera resuelta por arbitraje.

Articulo 3: **Ley Aplicable y Procedimientos:** Una petición de arbitraje debe ser comunicada escritamente bajo el correo de los Estados Unidos. Esptampillado prepagado, a todos los convites o personas, describiendo la demanda en contra del medico, el numero de todo dano que hubo, y (si necesario) su abogado de el/ella. Los convites o personas han de escoger un arbitrador quien haya sido un juez



Joseph A. Adashek, M.D., FACOG  
 Paul T. Wilkes, M.D., FACOG  
 Patricia M. Pierce, M.D., FACOG  
 Van R. Bohman, M.D., FACOG  
 Joel K. Schwartz, M.D., FACOG  
 Alan D. Bolnick, M.D., FACOG  
 Quynh T. Vo, M.D., FACOG

tribunal. De ambos lados estan de acuerdo que el arbitraje se ha de rejir basado a los Estatutos Revisados de Nevada (NRS) 38.2006-382.48,41<sup>a</sup>.035,.045,.097,.100,.120,.42.005 y .021 y la fey federal de arbitraje (9U.S.C 1-4, y que ellos tienen el derecho absoluto a arbitrar separadamente las problemáticas de deudas y danos a petición, escrita al arbitrador. Los convites o personas han de llevar sus propios costos, cuotas y gastos, en conjunto con un pre-pago anticipado repartido a los arbitradores nuetros de sus cuotos y gastos.

Articulo 4: **Provision y Desuinion:** En culquier evento de provision(es) de este acuerdo nulo y/o inejecutable, tal provision(es) han de ser juzgados de separacion y el restante del acuerdo ejecutado en acuerdo con la fey federal de Nevada.

**AVISO:** CON FIRMAR ESTE CONTRATO ESTA DE ACUERDO CON TENER CUALQUIER PROBLEMÁTICA DE MALPRACTICA MEDICA DECIDIDO BAJO ARBITRAJE NEUTRO Y ESTA DANDO SU DERECHO A UN JURADO O JUICIO TRIBUNAL. VEA ARTICULO I EN ESTA CONTRATO.

\_\_\_\_\_ **DE SUS INICIALES AQUÍ PARA INDICAR QUE SE LE DIO UN DOCUMENTO TITULADO.**

**“UN BREVE VISTASO A LO QUE ES ARBITRAJE PARA EL PACIENTE”**

Por: \_\_\_\_\_  
 Medico o Deb amente (Fecha)  
 Autorizado Representante Firma

Por: \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente (Fecha)

Por: \_\_\_\_\_  
 De Molde o sello del medico,  
 Grupo Medico o Nombre de Asociacion

Por: \_\_\_\_\_  
 De Molde del Paciente

Por: \_\_\_\_\_  
 Firma del traductor (si es necesario) (Fecha)

Por: \_\_\_\_\_  
 Representante del Paciente  
 Firma (si es necesario) (Fecha)

\_\_\_\_\_ De Molde del Traductor

\_\_\_\_\_ De Molde y relacion al paciente

*Una copia firmada de este documento va al paciente. El Original ha de ser archivado en el historial medico del paciente.*