



La Familia Dental Group

4203 Gage Ave.  
Bell, CA 90201  
Tel: (323) 312-0500  
Fax: (323) 771-3511  
E-mail: lafamiliadental@yahoo.com

## ACUERDO ARBITRARIO ENTRE DENTISTA Y PACIENTE

**Artículo 1.- Acuerdo de Arbitraje:** Se entiende que cualquier disputa sobre malpráctica así como algún otro servicio suministrado bajo este contrato, fuera innecesario, no autorizado, incompetente o negligente, y no hacer ningún recurso o demanda judicial ante la Corte a menos que lo determine la LEY del ESTADO de CALIFORNIA. Ambas partes comprometidas en este contrato conceden su derecho constitucional cuando la disputa es determinada por el tribunal ante un jurado y aceptan a cambio el uso de dicho arbitraje.

**Artículo 2.- Todos los Reclamos Deben Ser Arbitrados:** Es la intención de las partes que este acuerdo incluya cónyuges, hijos nacidos o no, cuyos reclamos surjan de/o relacionados con el tratamiento y/o servicios prestados por el dentista. En caso de embarazo, el término "paciente" incluye madre y su hijo ó hijos por nacer. Todo reclamo concerniente a daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional de un tribunal de causas menores contra el dentista, socios empleados, agentes y bienes de cada uno de ellos, deben ser incluidos en el arbitraje sin limitaciones de cualquier índole. La promoción de cualquier acción en la corte por el dentista para cobrar honorarios al paciente no podrá renunciar al derecho de arbitraje por reclamos de malpráctica. Sin embargo, siguiendo el procedimiento de cualquier reclamo contra el dentista, los gastos serán también resueltos a través del arbitraje.

**Artículo 3.- Leyes y procedimientos:** Es necesario comunicar a todas las partes la demanda de arbitraje por escrito. Cada parte elegirá un mediador árbitro dentro de un plazo de 30 días. Un tercer mediador deberá ser elegido por los árbitros de cada parte (árbitro neutral) a partir de un plazo de 30 días. Cada una de las partes deberá cubrir los gastos y honorarios del árbitro neutral además de las expensas ocasionadas por abogados, testigos, etc. Cada parte tendrá derecho de arbitrar los asuntos de responsabilidad y daños en forma separada comunicando por escrito la gestión al mediador neutral. Las partes concienten a la intervención y agrupación en este arbitraje de cualquier persona o entidad, siempre y cuando sea apropiada al caso. Cualquier acción judicial existente en contra de tal persona o entidad será suspendido hasta que intervenga el arbitraje. Las partes concuerdan que el suministro de las Leyes del Estado de California aplicadas al cuidado de la salud serán tenidas en cuenta y consideradas durante la disputa incluyendo, pero no limitado al Código Civil Sección 340.5 y 667.7 y sección 3333.1 y 3333.2 de dicho código. Cada parte expondrá ante los árbitros los respectivos sumarios de acuerdo a lo estipulado por el Código Civil de procedimientos.

**Artículo 4.- Medidas Generales:** Todo reclamo basado ante el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas, serán arbitradas en un solo procedimiento. Un reclamo será interrumpido y/o anulado si (1) La fecha donde el reclamo es recibido y fue afirmado en una acción civil, sería desechado por los Estatutos del Estado de California o (2) El demandante falla en el seguimiento del reclamo que se arbitra conforme a los procedimientos prescritos por la ley. Con respecto a cualquier caso no expresado en este contrato, el arbitraje será dirigido por el Código Civil de Procedimiento del Estado de California relacionados con la mediación.

**Artículo 5.- Revocación:** Este acuerdo puede ser revocado por escrito al dentista a partir de los 30 días en que ha sido firmado. De no ser revocado, será regulado por todos los servicios profesionales recibidos por el paciente.

**Artículo 6.- Efectos Retroactivos:** Si el paciente intenta con este acuerdo cubrir servicios administrativos antes de la fecha en que ha sido firmado dicho contrato (incluyendo, pero no limitado a tratamiento de emergencia) el paciente debería iniciarlo a continuación. Válido en la fecha del primer servicio dental.

Si algún requisito de este acuerdo de arbitraje queda invalidado o no ejecutable, los requisitos pendientes permanecerán en vigencia y no serán afectados por invalidez de cualquier otro requisito. Entiendo que tengo el derecho a una copia de este acuerdo. Ante mi firma reconozco que he recibido una copia del mismo.

**IMPORTANTE: AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO USTED ESTA DE ACUERDO CON CUALQUIER ASUNTO CONCERNIENTE A MALA PRACTICA DENTAL DECIDIDO POR ARBITRACION NEUTRAL Y CEDE AL DERECHO DE UN JURADO O JUICIO ANTE JUEZ. LEA ARTICULO 1 DE ESTE CONTRATO.**

Firma del Dentista o Representante Fecha

Nombre Impreso del Dentista

Firma del paciente Fecha Autorizado

Nombre Impreso del Paciente

Firma del Testigo del Paciente



La Familia Dental Group

4203 Gage Ave.  
Bell, CA 90201  
Tel: (323) 312-0500  
Fax: (323) 771-3511  
E-mail: lafamilialdental@yahoo.com

## Consentimiento Del Paciente Para El Tratamiento

(adjunte la etiqueta del paciente aquí)

**Al leer y firmar esta forma yo afirmo que el español es el idioma que yo entiendo y uso para comunicarme.** (Iniciales) \_\_\_\_\_

### [ 1.- MEDICAMENTOS Y ANESTESIA:

Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones adversas, algunas de las cuales son sin estar limitadas a ellas, irritación e hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómitos, mareos, abortos no provocados, paro cardíaco.

Entiendo que los medicamentos y analgésicos pueden causar insomnio y pérdida de la coordinación, la cual puede ser incrementada por el uso de alcohol y otras drogas. Se me aconseja que no consuma alcohol ni opere ningún vehículo o aparato peligroso mientras estoy tomando medicinas, o hasta que me haya recuperado completamente de los efectos secundarios (esto incluye un periodo de por lo menos veinticuatro horas después que se me de alta de la cirugía).

Entiendo que ocasionalmente, al inyectarme un anestésico local, podre experimentar ardor en los labios, entumecimiento, irritación, etc., en el area de la inyección.

Entiendo que si selecciono el uso de Oxido Nitroso, "Atarax," Hidrato de Cloral, "Zanax" o cualquier otro sedativo, existirian posibles riesgos que incluyen, pero no se limitan a la perdida del conocimiento, la obstrucción de la vía respiratoria, estado de shock anafiláctico, paro cardíaco. Entiendo que necesitaré que alguien me lleve a casa de la oficina dental después que reciba los sedativos. También entiendo que alguien necesite cuidarme muy de cerca por un período de 8 a 10 horas, después de mi cita dental para observar los posibles efectos dañinos secundarios como la obstrucción de las vías respiratorias. (Iniciales) \_\_\_\_\_

### [ 2.- CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el curso del tratamiento puede ser necesario cambiar o añadir algunos procedimientos debido a condiciones encontradas en los dientes en el transcurso del trabajo que no fueron descubiertas durante la examinación, el más común siendo terapia de los conductos después de procedimientos rutinarios restaurativos. Le doy permiso al Doctor hacer estos cambios o añadiduras cuando sean necesarios. (Iniciales) \_\_\_\_\_

### [ 3.- HIGIENE Y PERIODONCIA (PERDIDA DE TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que el éxito a largo plazo del tratamiento y la condición de mi problema oral depende de mis esfuerzos en cuanto a la higiene oral adecuada (por ejemplo: lavarse los dientes y utilizar el hilo dental) y visitar regularmente al doctor. (Iniciales) \_\_\_\_\_

PERIODONCIA: entiendo que tengo una condición seria, la cual causa inflamación/pérdida de las encías y el hueso, y que puede resultar en la perdida de mis dientes y otras complicaciones. Se me han explicado varios planes de tratamientos que tienen una gran posibilidad de éxito, esto no puede ser garantizado. Ocasionalmente, los dientes tratados podrían requerir extracción. (Iniciales) \_\_\_\_\_

### [ 4.- EXTRACCION DE DIENTES:

Entiendo que el propósito del procedimiento/cirugía es el dar tratamiento y posiblemente corregir mis tejidos orales enfermos El médico me ha aconsejado que si esta condición persiste sin tratamiento o cirugía. Mi condición oral actual probablemente se empeorará al pasar el tiempo.

Los riesgos potenciales incluyen, pero no estan limitados a lo siguiente:

A. Incomodidad post-operativa; hinchazón; sanamiento prolongado; sensibilidad del diente al calor o al frío; encogimiento de las encías (posiblemente exponiendo las márgenes de la corona); perdida de dientes; sanamiento tardío (alveolo seco) y/o infección (requiriendo recetas médicas o tratamiento adicional, por ejemplo: la cirugía).

B. Lesión a los dientes adyacentes, coronas (revestimientos) o rellenos (que necesitan la recomendación de coronas, reemplazo de rellenos, fabricación de coronas o extracción) o lesiones a otros tejidos no dentro del area quirúrgica descrita.

C. Limitación de las aperturas; endurecimiento de los músculos de la cara y/o el cuello; cambios en la mordida; dificultad en la coyuntura temporomandibular (coyuntura de la mandíbula); posiblemente requiriendo terapia física o cirugía.

D. Fragmentos de la raíz o especulas dejadas curando la extracción completa hubiera necesitado de una cirugía extensa o de complicaciones quirúrgicas innecesarias.

E. Posible fractura del hueso, la cual podría requerir instalación de alambre(s) o tratamiento quirúrgico.

F. Apertura de los sinus (un hueco normal situado arriba de los dientes superiores) que necesitaría cirugía adicional.

G. Lesión del nervio de los dientes resultando en picazon, entumecimiento o ardor en los labios, barbilla, encías, mejillas, dientes, y/o lengua en el lado operado; esto puede persistir por varias semanas o meses

en casos remotos, permanentemente. (Iniciales) \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que el médico lleve a cabo el tratamiento/procedimiento/cirugía previamente explicado otros procedimientos que se hayan considerado necesarios para completar la operación planeada. Si cualquier condición no prevista surgiera durante el transcurso de la operación, se acude al juicio del médico o procedimientos necesarios de o diferentes de aquellos ahora contemplados, y por lo tanto pido y autorizo al médico para que haga lo que él o ella considere aconsejable, incluyendo al referir a otro dentista o especialista. También entiendo que el costo de esta referencia sería mi responsabilidad. (Iniciales) \_\_\_\_\_

[ ] 5. RESTAURACIONES:

Se me ha aconsejado de la necesidad de restauraciones ya sea plateadas o blancas (plasticas), para remplazar la estructura dental que se ha perdido debido a la caries. Entiendo que al pasar el tiempo, las restauraciones necesitaran ser remplazadas debido al desgaste del material. En casos donde quede muy poca estructura dental o donde la estructura dental existente se ha fracturado, yo podria necesitar un tratamiento mas extensivo (como lo es el tratamiento de nervio radicular, poste y construccion de poste y coronas), lo cual necesitaria ser cobrado a parte. Entiendo que la restauracion de amalgama plateada es procedimiento aceptable de acuerdo a las reglas de

- F. Perforación del canal radicular con instrumentos, los cuales podrian necesitar tratamiento quirúrgico adicional o resultar en la pérdida prematura o extracción del diente.  
G. Riesgo de entumecimiento temporal o permanente en el area tratada.

Entiendo que un procedimiento de pulpotomia o "abrimiento y medicación" que se lleva acabo no es un tratamiento permanente y que necesito pagar y terminar la terapia del conducto radicular. Si el tratamiento del conducto radicular no es finalizado, me expongo a una infección y/o a la pérdida del diente, si no se lleva a cabo la terapia del conducto radicular, el tratamiento podria tener que repetirse, se podria necesitar otra cirugía diferente del conducto radicular o el diente tendria que ser extraido, (iniciales) \_\_\_\_\_

[ ] 6. TRATAMIENTO ENDODONTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente ó se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomia). (Iniciales) \_\_\_\_\_

[ ] 7. CORONA Y PUENTE (REVESTIMIENTO):

Entiendo que a veces no es posible igualar el color del diente natural exactamente con el diente artificial. Entiendo que a veces, durante la preparación de un diente para una corona, puede ocurrir la exposición de la pulpa, necesitando una posible terapia del conducto radicular. Entiendo que al igual que los dientes naturales, las coronas y los puentes necesitan mantenerse limpios con una higiene oral adecuada y limpiándose periódicamente; de otra manera se pueden desarrollar caries por debajo y/o alrededor de los margenes de la restauración, lo que lleva mas tratamiento dental. (iniciales) \_\_\_\_\_

[ ] 8. DENTADURAS COMPLETAS O PARCIALES:

Se me han explicado los problemas de usar dentaduras postizas, incluyendo los aflojamientos, dolencias y la posible ruptura y rebosamiento debido al cambio del tejido. Las citas de chequeo son una parte integral del mantenimiento y el éxito de un aparato prótesis. Los puntos persistentes de dolor deben ser examinados inmediatamente por el médico. Entiendo además que la intervención quirúrgica para la extracción ( por ejemplo , torus/ hueso, recontornear el hueso o implantes ) podrian ser necesarios para que las dentaduras queden bien. Entiendo además que debido a la pérdida de hueso o otros factores que compliquen la situación, quizas nunca podre utilizar dentaduras a mi entera satisfacción. (iniciales) \_\_\_\_\_

[ ] 9. ODONTOLOGIA INFANTIL:

Entiendo los siguientes procedimientos se utilizan rutinariamente en LA FAMILIA DENTAL GROUP y que tambien son aceptados en la profesion dental:

- A. REFUERZOS POSITIVOS: Se premia al niño que demuestre un comportamiento deseable utilizando elogios, dándole una palmadita o abrazo y/o regalitos o juguetes.  
B. CONTROL DE LA VOZ: EL doctor cambia el tono de voz o aumenta el volumen de la voz para lograr la atención de un niño perturbante.  
C. REPRESION FISICA: Utilizando su mano o brazo el dentista o el asistente, restringe los movimientos perturbantes del niño deteniendo sus manos, la parte superior del cuerpo, la cabeza y/o las piernas, o usando un aparato especial (llamado "la tabla de papoose").  
D. OXIDO NITROSO Y/O SEDACION ORAL: El oxido nitroso es un gas suave que se mezcla con oxigeno y se utiliza para sedar a una persona. Se administra a travez de una mascara colocada sobre la nariz del niño. Las sedaciones orales son medicamentos administrados a los niños para ayudarlos a relajarse. Con su uso, el padre o tutor debe entender que el niño no debe comer o tomar nada por periodo de cuatro horas antes de la cita para la sedación. El padre o tutor debe estar disponible para acompañar al niño a casa después del procedimiento de sedación y observar su comportamiento a traves del dia.

Entiendo que con la utilización de la inyección, utilizada para adormecer el area del diente para el procedimiento dental, existe la posibilidad que el niño, sin darse cuenta, se muerda el labio causando una lesión.

Entiendo la necesidad de volver a la oficina, para que el niño sea evaluado, si no cesa la hinchazón o el dolor, después de un periodo suficiente de tiempo.

Entiendo que existe la necesidad de volver a la oficina en un periodo de tres meses después del tratamiento de nervio(s) de un diente primario (diente de leche) para una evaluación y la posibilidad que para entonces necesito una extracción. (iniciales) \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE NO SE ME HA DADO NINGUNA GARANTIA O SEGURIDAD A MI ENTERA SATISFACCION QUE EL TRATAMIENTO PROPUESTO SERA CURATIVO O EXITOSO. ESTOY BAJO EL CUIDADO DEL DOCTOR, ENTIENDO QUE EL DEJAR DE HACERLO PODRIA RESULTAR EN RESULTADOS MENOS FAVORABLES. (iniciales) \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y ENTENDER COMPLETAMENTE LOS TERMINOS Y PALABRAS CONTENIDAS EN EL PRESENTE Y DOY MI CONSENTIMIENTO A LA OPERACION Y A LAS EXPLICACIONES REFERENDAS O HECHAS. SE ME HA ANIMADO A HACER PREGUNTAS, Y SE ME HAN CONTESTADO A MI ENTERA SATISFACCION. (Iniciales) \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE LA FAMILIA DENTAL GROUP PROPORCIONA SERVICIOS SIN DISCRIMINACION BASADOS EN ORIGEN, RELIGION, COLOR, NACIONALIDAD, SEXO, ORIENTACION SEXUAL, INCAPACIDAD FISICA O MENTAL, EDAD, O ESTADO CIVIL, Y PROTEJE LA PRIVACIDAD DE CADA UNO DE SUS PACIENTES. (iniciales) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha: / / \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_

# REGISTRO DE PACIENTE É HISTORIA MÉDICO

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

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
 Casa # ( \_\_\_\_\_ ) Cel: ( \_\_\_\_\_ ) S.S. #: \_\_\_\_\_  
 Casado  Sí  No  Nombre del esposo/a: \_\_\_\_\_  
 Trabaja por su cuenta \_\_\_\_\_ Empleo del esposo/a: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Negocio: ( \_\_\_\_\_ ) Teléfono del Trabajo: ( \_\_\_\_\_ )  
 Si es menor, nombre del padre o encargado: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA ASEGURANZA

Nombre de la Aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Empleador: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ S.S. #: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

ALERGIAS:  Sí  No  Si las tiene por favor enumerelas: \_\_\_\_\_  
 Dentista Anterior: \_\_\_\_\_ Última Visita: \_\_\_\_\_  
 Está ud. enfermo/a ó bajo cuidado físico?  Sí  No  If yes, please describe: \_\_\_\_\_  
 Historial de hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
 Necesita medicación antes del trabajo dental?  Sí  No   
 Medicamentos Actuales (Incluyendo aspirina, etc.): \_\_\_\_\_  
 Usa productos derivados del Tabaco?  Sí  No  Si los consume, diga que tipo \_\_\_\_\_  
**MUJERES:**  
 Toma píldoras anticonceptivas?  Sí  No   
 Crece estar embarazada?  Sí  No  Si lo está, cuántos meses tiene?: \_\_\_\_\_  
 A quién podemos agradecer su visita? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Última Revisión \_\_\_\_\_

Alguna vez ud. ha padecido de lo siguiente (porfavor marque S para Sí ó N para No)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Alergias                          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Epilepsia                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Marcapasos                 |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Artritis                          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cefaleas                         | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cuidado Psiquiátrico       |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Válvulas Artificiales del Corazón | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Murmullos Cardiacos              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Tratamientos de Radiación  |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas en la espalda           | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas Cardiacos              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Pérdida Reciente de Peso   |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sangrado Anormal                  | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hemofilia                        | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades Respiratorias |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades Sanguíneas           | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Hepatitis ó Ictericia            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fiebre Reumática           |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cáncer                            | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Cirugía de Hennis (Trombectomia) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Sinusitis                  |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dependencia Química               | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Presión Alta                     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Dieta Especial             |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diarrea Crónica                   | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N VIH / SIDA                       | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Derrame Cerebral (ACV)     |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas Circulatorios           | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Presión Baja                     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Amígdalas                  |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Lesiones Cardíacas Congénitas     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Prolapso de la Válvula Mtral     | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Úlceras                    |
| <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Diabetes                          | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Problemas Nerviosos              | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Enfermedades Venéreas      |

Es alérgico/a a alguna droga ó ha tenido una reacción a algún medicamento ó a la anestesia?  Sí  No

Si la tuvo, diga a cuál? \_\_\_\_\_ X Firma del Dr. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ha reaccionado adversamente a algún medicamento?  Sí  No

Consumo algún tipo de droga? (marihuana, cocaína, etc)  Sí  No

Está bajo cuidado médico?  Sí  No  En qué condiciones? \_\_\_\_\_

Tiene alguna enfermedad o condición médica que no esté en la lista? Si la tiene, describala: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ TEL. # ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Bajo mi conocimiento he recibido una copia de este formulario **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS**. Entiendo que esta práctica me ofrecerá Actualización de este **AVISO DE PRÁCTICAS PRIVADAS** de cualquier tratamiento o cambio  Paciente Reusó / No está dispuesto a firmar

porque: \_\_\_\_\_

Recibi una copia de **CONTRATO** requerido por la ley.

Para mi conocimiento, todas las respuestas están correctas. Si cambiara mi salud o mis medicamentos, sin falta informaré al doctor en la próxima cita.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_