



## Información de Registro

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Casa #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_ Movil #: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Licencia #: \_\_\_\_\_

# De Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: S C D V Sexo: M F

Etnicidad: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

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

Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer por su referencia? \_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle correos electrónicos y solicitudes por correo electrónico? Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Propósito de su visita? \_\_\_\_\_

## Información del seguro

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número De Póliza: \_\_\_\_\_ Número De Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Estoy de acuerdo que si mi póliza de seguro tiene un deducible, o no cubre Dr. Lampert para el servicio, será responsable los cargos además a interés en 1.5% por mes si no es pagado puntualmente.*

*Estoy de acuerdo que si esta cuenta se referirá a una agencia o abogado para las colecciones, soy responsable de todo cargo colecciones honorarios, costo de corte y costo de interés..*

*Certifico que la información de seguro es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Yo le notificaremos de cualquier cambio en mi estado o en la información anterior.*

\_\_\_\_\_  
Firma (padre si es menor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

# **Información Médica**

**Médico Primario** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Altura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_

**Medicamentos Diarios** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergias** \_\_\_\_\_

**Historia De Cirugías** \_\_\_\_\_

## **Historia Médica:**

**Presión Alta** \_\_\_\_\_ **Sangramiento o problemas de coagulación** \_\_\_\_\_

**Problemas cardíacos o soplo** \_\_\_\_\_

**Alcohol o dependencia de drogas** \_\_\_\_\_

**Dolencias de pulmón o asma** \_\_\_\_\_ **Diabetes** \_\_\_\_\_

**Epilepsia** \_\_\_\_\_ **Ceguera o Glaucoma** \_\_\_\_\_

**Hepatitis** \_\_\_\_\_ **Inquietudes psicológicas** \_\_\_\_\_

**Enfermedad de transmisión sexual** \_\_\_\_\_

**Fecha del ultimo examen físico** \_\_\_\_\_

**Fecha del último examen de senos** \_\_\_\_\_

**¿Fumas?** \_\_\_\_\_ **¿Cuán frecuente?** \_\_\_\_\_



Phone (305) 665-1017  
Fax (305) 271-5269  
[LampertMD.com](http://LampertMD.com)

POR ESTE MEDIO INSTRUIR Y DIRIGIR \_\_\_\_\_ MI COMPAÑÍA DE SEGUROS AL CHEQUE HACIA FUERA Y ENVIADO A JOSHUA LAMPERT, M.D., F.A.C.S. SI MI PÓLIZA ACTUAL PROHÍBE PAGOS DIRECTOS AL MÉDICO, POR LA PRESENTE INSTRUIR Y DIRIGIR PARA HACER LA PRUEBA PARA MÍ COMO SIGUE: 8700 NORTH KENDALL DRIVE # 206, MIAMI, FL 33176.

AUTORIZO A CUALQUIER SOSTENEDOR DE MÉDICO O OTRA INFORMACIÓN SOBRE MÍ PARA RESPONDER A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE CUALQUIER INFORMACIÓN NECESARIA PARA ESTE O CUALQUIER RECLAMO RELACIONADO.

POR LA PRESENTE AUTORIZA, PEDIR Y ASIGNAR PAGO DIRECTAMENTE A JOSHUA LAMPERT, M.D., P.A. PARA CUENTAS REPRESENTADOS COBERTURA MÉDICA TRATAMIENTOS SERVICIOS Y CUALQUIER PASADO Y FUTURO. SI SE RELACIONA CON EL INCIDENTE O CONDICIÓN DANDO LUGAR A ESTOS SERVICIOS, POR TODAS LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS CON QUIEN TENGO COBERTURA O DE QUIEN SE BENEFICIA SON, O PUEDE SER POR PAGAR ME INCLUYENDO ASENTAMIENTOS O JUICIOS TRAS EL INCIDENTE PARA EL CUAL ESTOY RECIBIENDO TRATAMIENTO. ESTA AUTORIZACIÓN INCLUIRÁ TODOS BENEFICIOS ESPECIFICADOS O LA MAESTRO PRINCIPAL MÉDICAS EN CASO CONTRARIO A PAGAR A MÍ.

PERMITO UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN PARA SER UTILIZADO EN LUGAR DEL ORIGINAL.

AUTORIZO A DR. LAMPERT A INICIAR UNA QUEJA ANTE LA COMISIÓN SEGURO POR ALGUNA RAZÓN EN MI NOMBRE.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**AUTHORIZATION FOR AND RELEASE OF  
MEDICAL PHOTOGRAPHS / SLIDES / AND/OR VIDEO FOOTAGE**

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT IMAGE**

Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_  
Street City State Zip Code

I consent to the taking of photographs and/or video footage by Joshua A. Lampert, MD or his designee of me, or parts of my face and body, in connection with the plastic surgery procedure(s) discussed with and/or performed by Joshua A. Lampert, MD. I further authorize Joshua A. Lampert, MD or one of his associates to release to the American Society of Plastic Surgeons ("ASPS") and the American Board of Plastic Surgery such images.

I provide this authorization as a voluntary decision. I understand that such photographs shall become the property of Joshua A. Lampert, MD and may be retained, released or used by Joshua A. Lampert, MD for the purpose of including them in any print, visual or electronic media, specifically including, but not limited to, websites, medical journals and textbooks, for the purpose of informing the medical profession or the general public about plastic surgery procedures and methods. In addition, I specifically authorize Joshua A. Lampert, MD to use these photographs for the purpose of including them in any print, visual or electronic media, specifically including, but not limited to, websites, medical journals and textbooks, for the purpose of advertising.

Neither I, nor any member of my family, will be identified by name in any publication. However, I understand that in some circumstances the images may portray features that will make my identity recognizable.

I understand that I may refuse to authorize the release of any health information and that my refusal to consent to the release of health information will prevent the disclosure of such information, but will not affect the health care services I presently receive, or will receive from Joshua A. Lampert, MD.

I understand that I have the right to inspect and copy information that I have authorized to be disclosed. I further understand that I have the right to revoke this authorization in writing any time, but if I do so it won't have an effect on any actions taken prior to my revocation.

I release and discharge Joshua A. Lampert, MD, ASPS, the American Board of Plastic Surgery and all parties acting under their license and authority from all rights that I may have in the photographs and from any claims that I may have relating to such use in publication, including any claims for payment in connection with distribution or publication of the photographs.

I certify that I have read the above Authorization and Release and fully understand its terms.

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

I have read the above Authorization and Release. I am the parent, guardian, or conservator of \_\_\_\_\_, a minor. I am authorized to sign this authorization on his/her behalf and I give this authorization as a voluntary contribution in the interest of public education.

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

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**ES IMPORTANTE BAJO LA LEY DEL ESTATUTO DE LA FLORIDA 458.320, QUE  
ESTE DOCUMENTO SEA LEIDO POR EL PACIENTE, YA QUE ESTOS  
SON SUS DERECHOS BAJO LA LEY ESTATAL DE LA FLORIDA 458.320**

**Estimado Paciente:**

**Bajo el Estatuto de la ley de la Florida (458.320 F.S.), a los médicos se le requiere que tengan seguro de negligencia médico o que demuestren tener responsabilidad financiera para cubrir las posibles reclamaciones por negligencia médica. SU MEDICO HA DECIDO NO TENER SEGURO DE NEGLIGENCIA MEDICA. Esto es permitido bajo la ley del estado de la Florida (458.320 F.S.) sujeto a ciertas condiciones. Las leyes de la Florida contemplan penalidades a los médicos que no tienen seguro si no cumplen con las sentencias adversas que provienen de reclamaciones por negligencia médica. Este aviso se suministra de acuerdo con el estatuto de la ley de la Florida (458.320 F.S.).**

**Este documento se DEBE FIRMAR Y DEBE SER PRESENCIADO antes que usted inicie o continúe abajo el cuidado de Joshua A. Lampert, M. D.**

**Agradecimiento,**

\_\_\_\_\_  
**Joshua A. Lampert, M.D.**

**Nota: ningún tratamiento puede ser proporcionado por Joshua A. Lampert, M. D. a menos que esta forma se haya leído y firmado. Esta forma se proporciona para proteger sus derechos bajo el Estatuto de la Florida 458.320.**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído este documento Y  
[IMPRIMA el NOMBRE REPLETO AQUI]  
reconoce y entiende su contenido.

Firma, \_\_\_\_\_, Fecha \_\_\_\_\_.

Testigo, \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_.

Copia recibida por paciente \_\_\_\_\_.

**La COPIA DE ESTATUA PROPORCIONADA A PETICION DE LOS INTERESADOS  
O los SIGNOS CON RESPECTO A LA LEY del ESTATUTO de la FLORIDA 458.320  
SON ANUNCIADOS EN NUESTRA OFICINA**



ACUERDO DE ARBITRAJE

**Artículo 1:** Acuerdo para Arbitraje: El Paciente y JOSHUA LAMPERT M.D., P.A., el abajo firmante proveedor de atención médica ("PAM") - que incluye cualquier médico o empleado afiliado, cualquier grupo médico o asociación profesional relacionada, o cualquier otra entidad o individuo que ha proporcionado servicios médicos en conjunción con el PAM – acuerdan someter cualquier disputa a arbitraje vinculante incluyendo sin limitación cualquier reclamación por negligencia médica/mala praxis, daños corporales, agresión física, incumplimiento de expreso o contrato implícito, pérdida de consorcio, muerte por negligencia o cualquier pago o cualquier otra disputa relacionada en alguna forma de atención médica pasada, presente o futura. Cualquier disputa irá a arbitraje vinculante.

**Artículo 2:** Todas las Reclamaciones deben ser Arbitradas: El Paciente, o su cónyuge, hijos nacidos o por nacer, los padres, herederos o cualquiera lanzando cualquier acción legal o equitativa (en lo sucesivo "el Paciente") y el PAM acepta que cualquier reclamación de cualquier tipo que de cualquier manera se refiere a los servicios médicos deberá, sin excepción, someterse a arbitraje vinculante. La ley aplicable será la Ley Federal de arbitraje, sin perjuicio de las leyes estatales. Es la intención expresa de las partes que cualquier y todas las reclamaciones o quejas de cualquier tipo deberán ser sometidas a y resueltas por arbitraje vinculante, que será el remedio exclusivo y único. Es la intención específica e irrevocable de las partes a presentar cualquier pregunta relativa a la arbitrabilidad del presente Acuerdo a los árbitros solamente y a ninguna otra persona o entidad. Para todas las cuestiones con respecto a la validez de este Acuerdo en el tribunal, la parte vencedora tendrá derecho a honorarios de abogado y costos según lo determinado por el tribunal. El PAM y cualquier proveedor de servicios médicos afiliados que opta por participar en este Acuerdo esta sujeto al mismo enlazamiento que el Paciente, que está enlazado a un arbitraje en caso de cualquier disputa. Dichos conflictos pueden ser traídos por el PAM contra el Paciente, incluyendo los términos de pago, servicios prestados, abuso físico o emocional y otras disputas. El Paciente entiende que toda y cualquier atención médica proporcionada es consideración suficiente, y el Paciente estará completamente y legalmente obligado por este Acuerdo. Ambas partes de este Acuerdo están renunciando a su derecho constitucional a tener cualquier disputa decidida en un juicio ante un jurado. Todas las partes entienden que ellos están renunciando a su derecho a tener cualquier disputa decidido por un juez o jurado a través del sistema judicial. Recurrir a la justicia por acción legal o de equidad sólo será admisible si es necesario para hacer cumplir cualquier decisión alcanzada por medio de arbitraje. Las partes acuerdan que cualquier disputa sobre las disposiciones de este Acuerdo serán decididas por medio de arbitraje. Las partes por este medio unen a cualquiera cuyas reclamaciones pueden surgir de o se relacionan con el tratamiento o los servicios proporcionados por el PAM en el momento de la ocurrencia que dé lugar a la reclamación. En el caso de una madre embarazada, el término "Paciente" significa tanto la madre y niño(s) esperado(s) de la madre. Las partes consienten para participar en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera sería un partido adicional en una acción judicial si han estado involucrados en cualquier forma en el cuidado del Paciente. Esto puede incluir demandas del Paciente contra otros médicos, enfermeras o profesionales de la salud, o un hospital o otro lugar. Además, este Acuerdo pretende resolver todas las reclamaciones por responsabilidad subsidiaria del PAM.

**Artículo 3:** Recuperación: Los firmantes convienen que la cantidad total máxima de todos los daños no-económicos y económicos combinados nunca excederán \$250.000.00, aplicado por caso, sin importar el número de los demandantes que buscan la remuneración, y sin importar el número de los médicos, de las asociaciones profesionales, de los empleados o de las entidades nombrados como demandados. El Paciente acuerda renunciar cualesquiera y todos los derechos cualquier concesión más alta. Esta limitación se aplica sin importar si nombran a otro proveedor de atención médica, tal como un médico, un hospital u otra facilidad o empleados de tal médico, hospital o facilidad como demandados en el arbitraje obligatorio o en cualesquiera otros procedimientos. Los "daños no-económicos" significan las pérdidas no financieras que no habrían ocurrido pero por la lesión que da lugar a la causa de la acción, incluyendo dolor y sufrimiento, inconveniencia, debilitación física, angustia mental, desfiguración, pérdida de capacidad para el disfrute de la vida, y otras pérdidas no financieras al grado que le dan al demandante el derecho a recuperar tales daños bajo ley general, incluyendo el Acto de Muerte por Negligencia. Los árbitros pueden elegir conceder daños superior a \$250.000.00 solamente cuando se demuestra la dificultad extrema. Como consideración para la limitación en cualquier renuncia, el PAM pagará hasta y solamente los primeros \$2.500.00 de los honorarios del abogado del Paciente. Las partes convienen que si se conceden algunos daños punitivos, no pueden exceder tres veces el monto de cualquier concesión compensatoria. Igual según los requisitos de Medicare/Medicaid, las partes convienen que cualquier concesión superior a \$10.000.00 será pagada en pagos anuales iguales sobre diez (10) años sin la reducción al valor actual. Los árbitros pueden reducir este período en casos de la dificultad extrema. También considerarán cualquier otra fuente colateral de remuneración (e.g., remuneración de trabajadores, seguro de vida, inhabilidad, caritativos, y las ventajas gubernamentales, y otros dineros pagados al Paciente lesionado o a cualquier otro partido) que disminuyan cualquier concesión para los daños no-económicos y/o económicos. El PAM tendrá derecho a una compensación por cualquier dinero recibido por el Paciente en demandas contra cualquier otro proveedor de cuidado médico, si tales demandas se presentan fuera de o se relacionan en cualquier manera a las demandas del Paciente contra el PAM. Las partes convienen el acceso completo de todas las fuentes colaterales de la remuneración. La falta de divulgar

ACTIVIDADES DE LA COMISIÓN

La Comisión de la Salud Pública (CSP) ha sido creada por el Gobierno de la Nación para estudiar y proponer medidas que mejoren la salud pública y la atención sanitaria. En el primer año de su funcionamiento, la CSP ha realizado una serie de actividades que se detallan a continuación:

- Estudio de la situación actual de la salud pública en España.
- Elaboración de un plan de trabajo para el primer año.
- Realización de una serie de reuniones de trabajo con expertos en el campo de la salud pública.
- Elaboración de un informe sobre la situación actual de la salud pública en España.

El primer informe de la CSP, titulado "Situación actual de la salud pública en España", se ha publicado recientemente. Este informe recoge los resultados de un estudio que ha sido realizado por la CSP en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). El estudio ha analizado la situación actual de la salud pública en España, teniendo en cuenta los aspectos más relevantes de la misma. Entre los aspectos más relevantes que se han analizado en el estudio se encuentran:

- La situación actual de la salud pública en España.
- Los principales problemas de salud pública que se están produciendo en España.
- Las causas de los principales problemas de salud pública.
- Las medidas que se están tomando para solucionar los principales problemas de salud pública.

El segundo informe de la CSP, titulado "Plan de trabajo para el primer año", se ha publicado recientemente. Este informe recoge los resultados de un estudio que ha sido realizado por la CSP en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). El estudio ha analizado la situación actual de la salud pública en España, teniendo en cuenta los aspectos más relevantes de la misma. Entre los aspectos más relevantes que se han analizado en el estudio se encuentran:

- La situación actual de la salud pública en España.
- Los principales problemas de salud pública que se están produciendo en España.
- Las causas de los principales problemas de salud pública.
- Las medidas que se están tomando para solucionar los principales problemas de salud pública.



puntualmente cualquier fuente adicional cuando se pide la información se conviene ser argumento para despedir inmediatamente y totalmente cualquier demanda.

**Artículo 4:** Estatuto de Limitaciones: El estatuto de limitaciones no deberá exceder en ningún caso la prescripción de doce (12) meses de la fecha en cual cualquier presunto lesión o problema podría o debería haber sido descubierto independientemente de la edad del Paciente. Los árbitros y su empoderamiento bajo la FAA determinaran cualquier pregunta relativa a la aplicación de esta provisión. Si esta provisión es considerada inválida se sustituye por el estatuto de limitaciones establecida en el F.S. §766.

**Artículo 5:** Divisibilidad: Si cualquier término o provisión de este Acuerdo es determinado ser ilegal, inválido o inaplicable de otra manera por un tribunal de jurisdicción competente, todo el resto del presente Acuerdo se interpretará para estar en plena vigencia y efecto, y se seguirán aplicando todas las demás provisiones. En general, las partes acuerdan que cualquier provisión desafiada será llevada a los árbitros para ser decidida y no a un juez o jurado.

**Artículo 6:** Cláusula de Fusión: Este Acuerdo representa el acuerdo completo entre el PAM y el Paciente. Reemplaza cualquier otro acuerdo entre el Paciente y el PAM. Excepto como expresamente expuesto aquí, no hay otras representaciones, promesas, entendimientos o acuerdos de cualquier tipo entre las partes. Al firmar este Acuerdo, el Paciente reconoce que él o ella no ha dependido de las declaraciones hechas a ellos de ninguna manera oral o escrita además de lo que está contenido dentro de este Acuerdo. Todas las partes reconocen y entienden que este Acuerdo no puede ser cambiado, alterado o modificado de ninguna manera excepto por escrito y firmado por todas las partes.

**Artículo 7:** Pronombres y Títulos: El singular será llevado a cabo para incluir el plural, el plural llevado a cabo para incluir el singular, y el uso de cualquier género será celebrado para incluir cada género. Todos los títulos, subtítulos, o leyendas se insertan para la conveniencia solamente, y no deben hacerles caso en cualquier construcción de las provisiones de esto.

**Artículo 8:** Procedimientos y Ley Aplicable: las partes convienen en tratar de resolver todos los temas dentro de nueve (9) meses de cualquier queja. Este Acuerdo, las disposiciones sustantivas, el alcance del Acuerdo, la autoridad concedida a los árbitros y las limitaciones contenidas en este Acuerdo, deben ser regidas por e interpretado conforme a la Ley Federal de Arbitraje (FAA), cualquier ley estatal conflictivos no obstante. En la medida que no sean incompatible con la FAA, también será gobernado por las disposiciones de la Ley de Arbitraje Uniforme Revisada aprobada en el estado principal donde practica el PAM. Las partes acuerdan que cualquier disputa entre ellos será determinada por un panel de tres árbitros. Cada parte seleccionará un árbitro de una lista de expertos calificados médicos/legales proporcionados por el PAM. Todos los árbitros tendrán o títulos médicos o médicos y grados de Juris Doctor. Los dos árbitros seleccionados luego seleccionarán un tercer árbitro de la misma lista. Cada parte podrá retirar el otro árbitro elegido sólo una vez. Los tres árbitros resolverán cualquier y todas las disputas entre las partes en conformidad con el Código de Procedimiento del Foro Nacional de Arbitraje o tales procedimientos como estos decidan conjuntamente. Todas las audiencias de arbitraje se llevarán a cabo por video conferencia; el PAM proporcionará equipo y pagará todos los costos de video conferencia y la de los árbitros. Las partes adoptarán las reglas de evidencia tales como los árbitros vean conveniente. El PAM deberá pagar la totalidad de los costos del arbitraje, pero no será responsable de pagar cargos o costos cargados al Paciente por su abogado salvo los primeros \$2.500,00 como se indicó anteriormente. Descubrimiento razonable será permitido por ambos lados. Las partes acuerdan que los árbitros darán una decisión por escrito con razones para la decisión. Este acuerdo debe ser interpretado para seguir F.S. §766 y proporcionará al Paciente con todos los derechos necesarios bajo F.S. §766 y el Acto de Mala Praxis Médica de Florida. Con la excepción de un derecho a un juicio por jurado y el estatuto de limitaciones, si existe un conflicto entre este acuerdo y F.S. §766 o el Acto de Mala Praxis Médica de Florida, el F.S. §766 o el Acto de Mala Praxis Médica de Florida prevalecerán.

**Artículo 9:** Derecho a Consejero y Rescisión: el Paciente entiende que este Acuerdo es un documento legal, y el Paciente tiene el derecho de consultar con un abogado antes de firmar si así lo desea. Su PAM lo invita a consultar con un abogado antes de firmar o durante un período de rescisión de quince (15) días. Usted puede rescindir este Acuerdo por quince (15) días después firmarlo; Usted acepta que será plenamente vigente y efectivo hasta la fecha de recepción en la oficina del PAM. Para anularlo, devuelva una copia al PAM por correo certificado con recibo de retorno solamente con "CANCELADO" escrito en la primera página y firmado por usted debajo de esa palabra. El Acuerdo será entonces rescindido para todo el cuidado al futuro, pero acepta que será válido para cualquier cuidado proporcionado por el PAM al Paciente durante todo el período de todos los servicios médicos hasta la rescisión.

**Artículo 10:** Autoridad para Firmar: El Paciente asegura que el o ella tiene la autoridad para firmar y ejecutar este documento en su propio nombre (si es firmado por el Paciente), o en nombre del Paciente (si está firmado por una persona distinta del Paciente).

**Artículo 11:** Ninguna influencia indebida: el individuo firmando este Acuerdo por este medio reconoce que él o ella no ha sido presionada, inducido, coaccionado o intimidado de ninguna manera en la firma de este Acuerdo y ha firmado de su propia



voluntad y acuerdo, y no bajo coacción de ningún tipo. Las partes están de acuerdo que se han dado todas las oportunidades para hacer preguntas y recibir respuestas sobre los detalles y las intenciones de su Acuerdo.

**Artículo 12:** Acciones legales frívolas: El Paciente está de acuerdo que ni una acción frívola o reclamación debe ser presentada contra el PAM bajo ninguna circunstancia, y el PAM se compromete a no interponer cualquier acción frívola o reclamación contra el Paciente. Si dos o más árbitros descartan que se ha traído cualquier acción o reclamación frívola contra cualquiera de las partes, la parte vencedora tendrá derecho a daños económicos y no económicos, incluso pérdida de salario u otra compensación, daño a la reputación, honorarios de abogados completos y daños punitivos.

**Artículo 13:** Mediación: A cargo exclusivo del PAM, sobre cualquier queja o daño supuesto, las partes acuerdan mediar con prontitud y de buena fe con un mediador calificado antes de cualquier audición de arbitraje. Un mediador profesional calificado con antecedentes medico-legales deberá ser acordado mutuamente.

**AVISO:** AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER CUESTIÓN DE LA SUPUESTA NEGLIGENCIA MÉDICA O INCUMPLIMIENTO DE CONTRATO ENTRE USTED Y SU PAM SERA DECIDIDA POR ARBITRAJE VINCULANTE EN EL QUE AMBAS PARTES RENUNCIAN A SU DERECHO A UN JUICIO POR JURADO O JUICIO POR UN JUEZ.

Yo estoy de acuerdo que todas las provisiones de este Acuerdo están en plena vigencia, y ninguna palabra, frase, párrafo o provisión puede ser tachado, suprimido o eliminado.

FIRMA DEL PACIENTE X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

(Indique relación si firma por el Paciente)

FIRMA DEL OFICINA X \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

voluntad y acuerdo, y no bajo coacción de ningún tipo. Las partes acuerdan el presente documento de acuerdo a las condiciones y términos de la oferta de seguro de vida.

El presente es un documento de acuerdo que se otorga en virtud de la oferta de seguro de vida. El presente es un documento de acuerdo que se otorga en virtud de la oferta de seguro de vida. El presente es un documento de acuerdo que se otorga en virtud de la oferta de seguro de vida.

El presente es un documento de acuerdo que se otorga en virtud de la oferta de seguro de vida. El presente es un documento de acuerdo que se otorga en virtud de la oferta de seguro de vida. El presente es un documento de acuerdo que se otorga en virtud de la oferta de seguro de vida.

AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACREDITA QUE CONOCE EL CONTENIDO DE LA SUPUESTA NEGOCIACIÓN. USTED ACREDITA QUE CONOCE EL CONTENIDO DE LA SUPUESTA NEGOCIACIÓN. USTED ACREDITA QUE CONOCE EL CONTENIDO DE LA SUPUESTA NEGOCIACIÓN.

FIN

Yo, el/la suscriptor/a, declaro que he leído y comprendido el contenido de este documento y que he aceptado las condiciones y términos de la oferta de seguro de vida.

FIRMA

FIRMA DEL PACIENTE

(Indicar la fecha de la firma del Paciente)

FECHA

FECHA DEL CONTRATO