

**CONVENIO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO BASADO EN LA INFORMACION, POR FAVOR FIRME AMBOS LADOS.
SEGUNDA DE DOS PAGINAS**

Por la presente solicito y presto consentimiento a que el acupunturista citado abajo y/o otro(s) acupunturistas con licencia quienes ahora o en el futuro me rindan tratamiento de acupuntura, incluso otros metodos en el ambito de la practica de acupuntura, a mi (o al suscrito paciente de quien soy legalmente responsable) mientras sean empleados de, trabajen o esten asociados con, o sirvan como substitutos del acupunturista citado abajo, incluso aquellos que trabajen en la clinica u oficina citada abajo, o en cualquier otra oficina o clinica, aunque no sean signatarios de este formulario.

Entiendo que la acupuntura podria ser considerada un metodo de investigacion en los Estados Unidos. Existen ciertos riesgos del tratamiento incluso, pero no limitados a la posibilidad que surjan moretones en la piel y/o sangre levemente. Cuando todas las agujas estan esteriles, hay muy poco riesgo de infeccion. Las agujas se consideran esteriles cuando son desechables o son esterilizadas en un autoclave de acuerdo con los requisitos de la Junta del Estado de California.

He tenido la oportunidad de hablar con el acupunturista citado abajo y/o con otro personal de la oficina o clinica sobre la indole y proposito de la acupuntura. Entiendo que los resultados no son garantizados.

No espero que el acupunturista pueda anticipar y explicar todos los riesgos y complicaciones, y quiero atenerme a que el acupunturista procedera con discrecion en el transcurso del procedimiento que el considere beneficioso para mi, basandose en los hechos conocidos en aquel momento.

He leído, o alguien me ha leído, el consentimiento de arriba. Tambien he tenido la oportunidad de hacer preguntas tocantes a su contenido, y al firmar abajo accedo a los procedimientos citados arriba. Propongo que este formulario de consentimiento cubra todo el transcurso del tratamiento de mi presente malestar o para cualquier futuro malestar por el cual procure tratamiento.

FIRMA DEL PACIENTE	X	
(o del representante del Paciente)	(Indique parentesco si firma por el paciente)	(Fecha)

FIRMA DEL PERSONAL DE LA OFICINA	
	(Fecha)

POR FAVOR TAMBIEN FIRME EL OTRO LADO

NOMBRE DEL PACIENTE

**CONVENIO DE ARBITRAJE Y CONSENTIMIENTO BASADO EN LA INFORMACION, POR FAVOR FIRME AMBOS LADOS.
PRIMERA DE DOS PAGINAS**

Articulo primero: **Consentimiento al arbitraje:** Entiendase que cualquier disputa tocante al tratamiento medico erroneo, es decir en cuanto a si cualquiera de los servicios medicos prestados bajo este contrato fueron inecesarios o desautorizados o fueron rendidos de manera incorrecta, negligente o incompetente, sera determinada al someterse al arbitraje segun lo prescriben las leyes estatales y federales, y no por medio de un juicio, ni recurriendo a precedimientos judiciales, salvo la revision judicial del proceso arbitral de acuerdo con las leyes estatales y federales. Al celebrar este contrato, ambas partes interesadas en este renuncian a su derecho constitucional de que se decida tal disputa en un tribunal de justicia, ante un jurado, y en su lugar aceptan el uso del arbitraje.

Articulo segundo: **Todas las reclamaciones deberan ser arbitradas:** Las partes se proponen que este acuerdo ligue a todas las partes cuyas reclamaciones pudieran proceder de, o ser relacionadas con el tratamiento o con los servicios prestados por el proveedor de atencion medica, incluso a los herederos del paciente o a su pasado, presente o futuro conyugue, con relacion a todas las reclamaciones, incluso la perdida de la sociedad conyugal. Tambien se propone que con este convenio se ligen a todos los hijos del paciente, ya hubiesen nacido o no cuando ocurrio el incidente del cual pudiese proceder cualquier reclamacion. Se propone que este convenio ligue al paciente y a su proveedor de atencion medica, y/o a otros proveedores de atencion medica con licencia o a los internos preceptores quienes le rindan tratamiento al paciente en la actualidad o en el futuro mientras sean empleados de, trabajen o esten asociados con, o le sirvan de sustituto al proveedor de atencion medica, incluso a aquellos que trabajen en la clinica u oficina del proveedor o en cualquier otra clinica u oficina, sean o no signatarios de este formulario. Todas las reclamaciones por daños monetarios que excedan el limite jurisdiccional del tribunal de demandas de menor cuantia en contra del proveedor de atencion medica, y/o en contra de sus socios, sociedad, empresa, sociedad colectiva, empleados, agentes y bienes, deberan ser sometidas al arbitraje incluso, y sin ningun limite, reclamaciones por perdida de la sociedad conyugal, muerte causada por negligencia, sufrimiento mental o daños punitivos. Si el proveedor de atencion medica llegase a entablar pleito en un tribunal a fin de cobrarle honorarios al paciente, esto en si no revocara su derecho a que cualquier reclamacion por tratamiento medico erroneo se apremie a ser arbitrada. No obstante, despues de la asercion de cualquier reclamacion en contra del proveedor de atencion medica, cualquier disputa tocante a honorarios, sea o no cuestion judicial de una accion ya existente, tambien sera resuelta por via arbitral.

Articulo tercero: **Procedimientos y leyes pertinentes:** Todas las partes seran notificadas por escrito de la demanda de arbitraje. Cada parte elegira un arbitro (arbitro de la parte) dentro de treinta dias, y los arbitros que hayan sido seleccionados por las partes subsecuentemente elegiran a un tercer arbitro (arbitro neutro) dentro de otros treinta dias. Por lo consiguiente, el arbitro neutro sera el unico arbitro que decidira el arbitraje. Cada parte interesada en el arbitraje pagara las cuotas prorratas que le corresponda por los gastos y honorarios debidos al arbitro neutro, incluso honorarios de abogado, dieta de testigo, u otros gastos contraidos por la parte para su propio beneficio.

Cualquiera de las partes tendra el derecho absoluto de que se bifurquen las cuestiones de responsabilidad y daños al someter una peticion por escrito al arbitro neutro. Las partes acceden a la intervencion y union en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otra manera seria una parte adicional adecuada en una accion judicial, y al ocurrir tal intervencion y union, cualquier accion judicial ya existente en contra de tal persona o entidad adicional sera suspendida hasta que se lleve a cabo el arbitraje.

Las partes convienen en que las disposiciones de las leyes estatales y federales que establezcan el derecho de presentar pruebas de cualquier cantidad pagadera al paciente como beneficio segun lo maximo permitido por la ley, que limiten el derecho de recuperar perdidas no economicas, y el derecho de que un fallo de indemnizacion par daños futuros sea conformado a pagos periodicos, seran aplicadas a las disputas dentro de los limites de este convenio arbitral cuando sean pertinentes. Las partes tambien convienen en que las Reglas de Arbitraje Comercial de la Asociacion Estadounidense regiran cualquier arbitraje que se lleve a cabo de acuerdo con este convenio arbitral.

Articulo cuarto: **Efecto retroactivo:** si el paciente se propone que este convenio cubra los servicios que se hayan prestado antes de la fecha que este fue firmado (por ejemplo, tratamiento de emergencia), el paciente debera escribir sus iniciales aqui: _____ Vigente a partir de la fecha en la cual se prestaron los primeros servicios profesionales.

Si se determinara que alguna disposicion de este convenio de arbitraje no es valida ni ejecutoria, el resto de las disposiciones permaneceran en pleno vigor y no seran afectadas por la nulidad de cualquier otra disposicion. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de este convenio de arbitraje. Al firmar abajo, admito que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO UD. CONSIENTE A QUE SE DECIDA CUALQUIER CUESTION TOCANTE A TRATAMIENTO MEDICO ERRONEO POR MEDIO DEL ARBITRAJE NEUTRO, Y RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO POR O SIN JURADO. VEA EL ARTICULO PRIMERO DE ESTE CONTRATO.

FIRMA DEL PACIENTE

X

(o del representante del Paciente)

(Indique parentesco si firma por el paciente)

(Fecha)

POR FAVOR TAMBIEN FIRME EL OTRO LADO