



## Información del Paciente

Enviar a: 6800 West Gate Blvd  
STE 132, PMB 369  
Austin, TX 78745-4868, USA  
Fax: BioEDEN, Inc  
1-888-315-9559  
Email: [sc@bioeden.com.mx](mailto:sc@bioeden.com.mx)

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ (uso interno)

Favor de llenar toda la información nítidamente sin usar apodos o iniciales.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del Hospital

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado País

Sexo:  Masculino  Femenino

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

### Historial Médico

Favor de anotar el estado general de la salud del niño y condiciones relacionados al mismo. Si su hijo tiene algún problema médico recurrente o enfermedades infecciosas, por favor déjenoslo saber.

---

---

---

---

---

---

ECI031011MX



## Formulario de Consentimiento

Enviar a: 6800 West Gate Blvd  
STE 132, PMB 369  
Austin, TX 78745-4868, USA  
Fax: BioEDEN, Inc  
1-888-315-9559  
Email: sc@bioeden.com.mx

### REQUERIMOS ESTA FORMA LLENA EN SU TOTALIDAD ANTES DE PROCESAR LA MUESTRA

Si usted es mayor de 21 años, favor de dejar en blanco el segundo espacio.

Yo, \_\_\_\_\_ soy el padre/madre/tutor de: \_\_\_\_\_. Estoy consciente que BIOEDEN, Inc. no hace ninguna afirmación acerca del uso exitoso de las células que están aislando y preservando de ningún diente que yo les envíe. No hago responsable de ninguna manera a BIOEDEN, Inc. por cualquier eventualidad o complicación que sea resultado del uso de estas células después de ser requeridas por el paciente. Cualquier diente proveído ha sido obtenido bajo condiciones normales. BIOEDEN, Inc. no ha recomendado que algún diente se extraiga para el único propósito de ser preservado.

También estoy consciente que el aislamiento y el almacenaje de las células es un evento variable. Hay varios factores que pueden influenciar un procedimiento exitoso incluyendo, pero no limitados a: el tiempo que el diente estuvo flojo, el tiempo que pasa desde que el diente se cae hasta que éste llega al laboratorio, la temperatura y las condiciones del envío y el estado del diente en general. Para ayudar a obtener un proceso exitoso leeré y seguiré las instrucciones para enviar una muestra a BioEDEN exactamente como se me ha expuesto.

Comprendo que BioEDEN necesita información específica mía y de mi dependiente para quien se está llevando a cabo este servicio. Conuerdo en facilitar toda la información requerida al momento que envío una muestra. En caso que la información necesaria se extravíe durante el envío, estoy de acuerdo en mandar de nuevo esta información a BioEDEN dentro de un plazo de 96 horas. Entiendo que si no hago llegar la información necesaria dentro de tal plazo mi muestra será desechada. También entiendo que bajo estas circunstancias se me cobrará una cantidad de \$100 USD sin posibilidad de reembolso.

*Nota: Este documento NO invalida la Garantía BioEDEN. La garantía estipula que en el caso poco probable de que el diente enviado no contenga células madre en buen estado para ser preservadas, realizaremos el procedimiento con un segundo o tercer diente SIN COSTO. En caso de que no existan mas dientes disponibles para ser enviados, se hará el completo reembolso de su dinero.*

He leído y comprendido completamente este documento y estoy de acuerdo con las declaraciones incluidas en él.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

CF031011MX



## Identificación del Diente

Enviar a: 6800 West Gate Blvd  
 STE 132, PMB 369  
 Austin, TX 78745-4868, USA  
 Fax: BioEDEN, Inc  
 1-888-315-9559  
 Email: sc@bioeden.com.mx

Uso Oficial Únicamente

STN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_ (uso interno)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre                      Apellido Paterno                      Apellido Materno

Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_  
 Nombre                      Apellido Paterno                      Apellido Materno

¿El diente fue extraído por un dentista?  Sí  No (La información a continuación podrá ser llenada por el dentista)

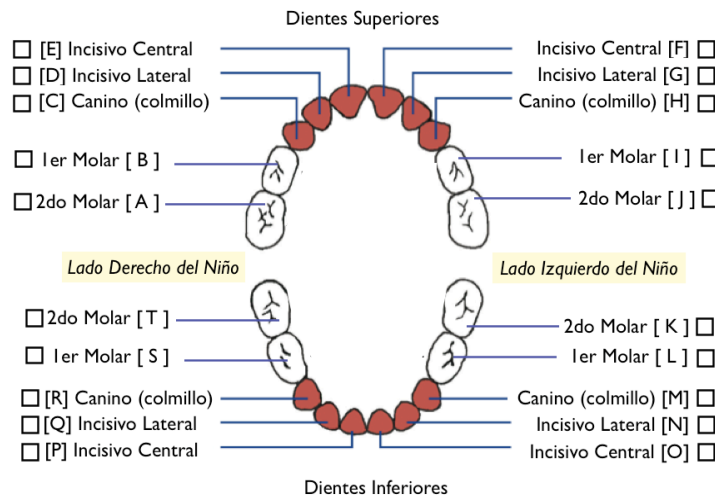
¿Cuándo se cayó o fue extraído el diente?  
 Día/Hora: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿El diente fue inmediatamente colocado en leche pasteurizada de vaca y almacenado en el refrigerador?  
 Sí  No

(Nota: Favor de no enviar ningún diente si este estuvo fuera de la boca del niño por más de 24 horas o fue almacenado incorrectamente. Cualquiera de estas dos condiciones resultará en un aislamiento fallido.)

¿Ha tenido el niño(a) alguna infección en las últimas 2 semanas?  
 Boca  Oído-Nariz-Garganta  Respiratorias  Ninguna

Por favor identifique en la tabla el/los diente(s) que está enviando para ser procesados.



¿Cuántos de los dientes en **NEGRO** siguen estando en la boca del niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Cuántos de los dientes en blanco siguen estando en la boca del niño(a)? \_\_\_\_\_

**DENTICIÓN PERMANENTE:** \_\_\_\_\_ Premolares \_\_\_\_\_ 3eros Molares  Superior  Inferior  
 Derecho  Izquierdo



**Contacto / Forma de pago**

Enviar a: 6800 West Gate Blvd  
STE 132, PMB 369  
Austin, TX 78745-4868, USA  
Fax: BioEDEN, Inc  
1-888-315-9559  
Email: sc@bioeden.com.mx

Número de Cuenta #: \_\_\_\_\_ (uso interno)

Código de Dentista #: \_\_\_\_\_ (uso interno)

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Tels:(Casa) \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ (Oficina): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Dirección de casa: Solicito el contrato a nombre de:  Padre  Madre

\_\_\_\_\_  
Delegación Ciudad Estado C.P.

Dirección donde llega el estado de cuenta de la tarjeta: (en caso de ser distinta)

\_\_\_\_\_  
Delegación Ciudad Estado C.P.

**Inscripción**

Número de Procedimientos (# de Hijos) 1  / 2  / 3  / 4

Paquete de prepago (# de años) 1  / 6  / 11  / 21

- **Financiamiento** (Pago Inicial + 12 mensualidades) Si  / No

Notas: \_\_\_\_\_ Código de Promoción o Referencia: \_\_\_\_\_

**Pago:**  Visa  MC  AMEX

Nombre del Tarjetahabiente: \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_

*Un agente de BioEDEN México se pondrá en contacto con usted a la brevedad para solicitar los datos restantes de su tarjeta de crédito. (Cualquier duda llamar a las oficinas centrales al 01800 – 999 EDEN)*

*“Estoy de acuerdo que cualquier disputa, reclamación o controversia emanados o relacionados con este documento o con la relación establecida, será resuelta por arbitraje obligatorio. Este documento representa el convenio completo entre mi persona y BioEDEN Inc., y está regido por las leyes del Estado de Texas, EUA”.*

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



Experiencia Personal
BioEDEN México

Form fields for internal use: # Cuenta, # Dentista, Fecha

Nombre del Padre/Madre:

Form line for Name, Paternal Surname, Maternal Surname

1. ¿Cuál de los medios expuestos provocó su PRIMER ACERCAMIENTO a BioEDEN?

- TV o Radio
Prensa o Revista
Amigos o Familiares
Dentista
Otros

¿Cuál o quién fue?

Form line for answer to question 1

2. Señale la/s FUENTES DE INFORMACIÓN a las que ha recurrido:

- Teléfono
Dentista
Internet

3. ¿Tiene preservadas las células madre del Cordón Umbilical de su hijo/a?

SI NO ¿Con cuál Banco?

4. Si requiere recibir información sobre una condición u enfermedad en específico indíquela a continuación:

Form box for condition information

5. Le recordamos que por cada persona que sea referida por usted y se inscriba a BioEDEN, se le otorgará 1 año GRATIS de Preservación para usted y para la persona que recomendó.

¿A quién ha recomendado?

Form box for recommended person

6. La atención e información que ha obtenido por parte de nuestras OFICINAS CENTRALES ha sido:

- Excelente Buena Regular Deficiente Mala No Aplica

7. La atención e información que ha obtenido por parte de su DENTISTA en cuanto al servicio ha sido:

- Excelente Buena Regular Deficiente Mala No Aplica

8. Recomendaciones y comentarios generales:

Form lines for recommendations and comments