



American
Association of
Orthodontists®

My Life. My Smile. My Orthodontist.®

Formulario de antecedentes médicos/odontológicos para pacientes menores de 18 años



Orthodontics and Dentofacial Orthopedics

CONFIDENCIAL

PACIENTE

Fecha _____

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Prefiere ser llamado _____ Pasatiempos, actividades _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino N.º de seguro social _____

Escuela _____ Grado _____ Dirección (direcciones) de correo electrónico _____

Domicilio particular _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono particular () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____

PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre(s) de padre(s) de custodia _____

El paciente vive con (*marque todo lo que corresponda*) ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Abuelo/a(s) ☐ Otro _____

Nombre completo del padre _____ Tratamiento: ☐ Sr. ☐ Dr. ☐ Otro _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio (*si es diferente*) _____

Teléfono particular (*si es diferente*) () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____

Teléfono laboral () _____ - _____

Nombre completo de la madre _____ Tratamiento: ☐ Sra. ☐ Dr. ☐ Otro _____

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio (*si es diferente*) _____

Teléfono particular (*si es diferente*) () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____

Teléfono laboral () _____ - _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Dirección, Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Otros odontólogos/especialistas odontológicos que esté visitando actualmente: Nombre _____ Ciudad, Estado _____

Motivo _____

INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa de los dientes de su hijo? _____

¿Qué le preocupa a su hijo de sus dientes? _____

¿Cómo se siente su hijo sobre el tratamiento de ortodoncia? _____

¿Quién sugirió que su hijo podría necesitar tratamiento de ortodoncia? _____

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? _____

Describe algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia anteriores. _____

¿Toca su hijo un instrumento musical? _____

Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
Nombre del hermano/hermana _____ edad _____ que tuvo tratamiento de ortodoncia ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿dónde?
¿Ha recibido tratamiento alguno de sus familiares en este consultorio? Indique sus nombres. _____

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____
Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) _____ Ciudad, Estado, Código postal _____
Teléfono particular () _____ - _____ Teléfono celular () _____ - _____
Dirección (direcciones) de correo electrónico _____
N.º de seguro social _____ Empleador _____
¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia? _____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____
N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____
Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____
Empleador _____ Domicilio _____
Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____
¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
Nombre completo del titular secundario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____
N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____
Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____
Empleador _____ Domicilio _____
Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____
¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé

SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza _____
Compañía de seguros _____

MÉDICO

Médico del paciente _____ Ciudad, Estado _____
Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____
Examen físico más reciente _____

Otros médicos/proveedores de atención médica que esté visitando actualmente:

Nombre _____ Ciudad, Estado _____
Motivo _____
Nombre _____ Ciudad, Estado _____
Motivo _____

Sus respuestas solo son para los registros del consultorio y son confidenciales. Es fundamental tener antecedentes médicos minuciosos para completar una evaluación ortodóncica completa.

Para las preguntas siguientes, marque Sí, No o No sé/No entiendo.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

Sí No No sé/No entiendo

- ☐ ☐ ☐ Defectos de nacimiento o problemas hereditarios.
- ☐ ☐ ☐ Fracturas o lesiones graves.
- ☐ ☐ ☐ Cualquier herida en el rostro, la cabeza o el cuello.
- ☐ ☐ ☐ Artritis o problemas en las articulaciones.
- ☐ ☐ ☐ Cáncer, tumores, tratamiento de radiación o quimioterapia.
- ☐ ☐ ☐ Problemas endocrinos o de tiroides.
- ☐ ☐ ☐ Diabetes o bajo nivel de azúcar.
- ☐ ☐ ☐ Problemas renales.
- ☐ ☐ ☐ Problemas del sistema inmunitario.
- ☐ ☐ ☐ Antecedentes de osteoporosis.
- ☐ ☐ ☐ Gonorrea, sífilis, herpes, enfermedades de transmisión sexual.
- ☐ ☐ ☐ SIDA o VIH positivo.
- ☐ ☐ ☐ Hepatitis, ictericia u otros problemas hepáticos.
- ☐ ☐ ☐ Polio, mononucleosis, tuberculosis, pulmonía.
- ☐ ☐ ☐ Convulsiones, desvanecimientos, problemas neurológicos.
- ☐ ☐ ☐ Perturbaciones mentales o depresión.
- ☐ ☐ ☐ Antecedentes de trastornos alimenticios (anorexia, bulimia).
- ☐ ☐ ☐ Dolores de cabeza o migrañas frecuentes.
- ☐ ☐ ☐ Hipertensión o hipotensión.
- ☐ ☐ ☐ Sangrado excesivo o moretones, anemia.
- ☐ ☐ ☐ Dolor en el pecho, falta de aliento, tobillos hinchados o se cansa fácilmente.
- ☐ ☐ ☐ Defectos cardíacos, soplo cardíaco, enfermedad cardíaca reumática.
- ☐ ☐ ☐ Angina, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco.
- ☐ ☐ ☐ Trastorno de la piel (además del acné común).
- ☐ ☐ ☐ ¿Tiene su hijo una dieta bien equilibrada?
- ☐ ☐ ☐ Problemas visuales, auditivos o del habla.
- ☐ ☐ ☐ Resfríos e infecciones frecuentes en la garganta y los oídos.
- ☐ ☐ ☐ Asma, problemas sinusales, fiebre del heno.
- ☐ ☐ ☐ Afección en las amígdalas o las adenoides.
- ☐ ☐ ☐ ¿Respira su hijo por la boca con frecuencia?
- ☐ ☐ ☐ ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Zometa (ácido zoledrónico, Aredia (pamidronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos o cáncer de huesos?
- ☐ ☐ ☐ ¿Ha tomado su hijo alguna vez bisfosfonatos como Fosamax (alendronato), Actonel (ridendronato), Boniva (ibandronato), Skelid (tiludronato) o Didronel (etidronato) para trastornos óseos?

¿Ha tenido su hijo alergias o reacciones a alguno de los siguientes elementos?

Sí No No sé/No entiendo

- ☐ ☐ ☐ Anestésicos locales (novocaína, lidocaína, xilocaína).
- ☐ ☐ ☐ Látex (guantes, globos).
- ☐ ☐ ☐ Aspirina.
- ☐ ☐ ☐ Ibuprofeno (Motrin, Advil).
- ☐ ☐ ☐ Penicilina.
- ☐ ☐ ☐ Otros antibióticos.
- ☐ ☐ ☐ Metales (joyas, broches a presión para la ropa).
- ☐ ☐ ☐ Acrílicos.
- ☐ ☐ ☐ Polen de las plantas.
- ☐ ☐ ☐ Animales.
- ☐ ☐ ☐ Alimentos.
- ☐ ☐ ☐ Otras sustancias _____.

ANTECEDENTES DENTALES

Ahora o en el pasado, indique si su hijo ha tenido:

Sí No No sé/No entiendo

- ☐ ☐ ☐ Dientes que le salieron muy temprano o muy tarde.
- ☐ ☐ ☐ Extracción de dientes primarios (de bebé) que no estaban flojos.
- ☐ ☐ ☐ Extracción de dientes permanentes o supernumerarios.
- ☐ ☐ ☐ Dientes supernumerarios o faltantes de manera congénita.
- ☐ ☐ ☐ Dientes primarios o permanentes rotos o dañados.
- ☐ ☐ ☐ Dientes sensibles o adoloridos.
- ☐ ☐ ☐ Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
- ☐ ☐ ☐ Fracturas, quistes o infecciones en la mandíbula.
- ☐ ☐ ☐ Tratamientos de conducto o pulpotomías en alguno de los dientes.
- ☐ ☐ ☐ Llagas gangrenosas frecuentes o herpes labial.
- ☐ ☐ ☐ Antecedentes de problemas del habla o tratamientos para el habla.
- ☐ ☐ ☐ Dificultades para respirar por la nariz.
- ☐ ☐ ☐ El hábito de respirar por la boca o roncar de noche.
- ☐ ☐ ☐ Antecedentes de problemas del habla.
- ☐ ☐ ☐ Hábitos orales frecuentes (chuparse el dedo, masticar el bolígrafo, etc.).
- ☐ ☐ ☐ Dientes que provocan irritación en los labios, las mejillas o las encías.
- ☐ ☐ ☐ Dientes que rechinan o se tensionan.
- ☐ ☐ ☐ Chasquidos o bloqueo en las articulaciones de la mandíbula.
- ☐ ☐ ☐ Dolor en los músculos de la mandíbula o del rostro.
- ☐ ☐ ☐ Tratamiento por problemas o disfunciones en la articulación temporomandibular.
- ☐ ☐ ☐ Alguna tapadura (empaste) rota o perdida.
- ☐ ☐ ☐ Algún problema grave asociado con un tratamiento odontológico anterior.
- ☐ ☐ ☐ Un diagnóstico de enfermedad de las encías o piorrea.

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

¿Cree que alguna de las actividades de su hijo afecta su rostro, sus dientes o su mandíbula? ¿Cómo? _____

Incluya cualquier medicamento, suplemento nutricional, medicamento a base de hierbas o medicamento de venta libre que tome su hijo.

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

¿Toma su hijo antibióticos antes de cualquier procedimiento odontológico? _____

¿Tiene (o alguna vez ha tenido) su hijo un problema de drogadicción? _____

¿Masca o fuma tabaco su hijo? _____

¿Ha advertido algún cambio poco común en el rostro o la mandíbula de su hijo? _____

¿Otros problemas físicos? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Alguna vez los padres o hermanos tuvieron alguno de los siguientes problemas de salud? Si es así, explique.

Trastornos hemorrágicos _____ Diabetes _____

Artritis _____ Alergias graves _____

Problemas odontológicos poco comunes _____ Desequilibrio en el tamaño de la mandíbula _____

¿Otras afecciones médicas familiares? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla su hijo? _____ ¿Hilo dental? _____

DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

Autorizo la divulgación de cualquier información con respecto al tratamiento de ortodoncia de mi hijo a mi compañía de seguro médico y/o dental.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

He leído las preguntas antes mencionadas y las entiendo. No haré responsable a mi ortodoncista ni a ningún miembro de su personal de cualquier error u omisión que haya realizado al completar este formulario. Notificaré a mi ortodoncista de cualquier cambio en la salud médica u odontológica de mi hijo.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____



SCHEDULING INFORMATION

Our scheduling system has several goals: We want to see you on time for your appointment and we want to have plenty of time during each appointment to do the necessary treatments, to give you information about your treatment, and to answer any questions. We also want to work with you around your school and work hours as much as possible. Therefore we need both structure and flexibility in our scheduling system.

Here are some aspects of the scheduling system that we feel are important:

Between 2:00 pm and 4:30 pm we schedule many short appointments so that as many patients as possible do not have to miss school or work. We provide school/work excuses for orthodontic appointments.

Arriving Late: Because the schedule is carefully crafted, your late arrival can cause a problem in the flow of the appointments. In fairness to all other scheduled patients, we will most likely offer to reschedule your appointment. If you choose to wait and be seen, you will have to wait until all other patients that arrived on time are seen.

Long Appointments: These are more detailed and technique-sensitive appointments. For this reason these appointments will be scheduled during our morning hours.

Repairs: These appointments are scheduled during morning hours.

Broken Appointments: We can usually re-schedule a missed appointment in the morning. You might have to wait 6-8 weeks for an after school/work appointment, since they are scheduled that far in advance.

Short Appointments: You may be amazed, concerned or confused about how short some of the appointments are. We often must see the patient for a short visit to monitor tooth movement without making complex adjustments.

We thank you in advance for your cooperation.

I have read and understand the All About Smiles scheduling policies.

Signature

Date



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE MEDIOS

Yo, _____, por la presente acepto y doy mi permiso a **All About Smiles Orthodontics**, y a sus respectivos ortodoncistas (en adelante referidos como **All About Smiles Orthodontics**), para usar imágenes de mi sonrisa, tanto del antes como del después, con fines de presentación de casos. Entiendo que mis fotos, tanto del antes como del después, podrán ser utilizadas en:

~ Publicaciones en redes sociales (Instagram y Facebook), galería del sitio web de la empresa, así como en fotografías dentro de la clínica, incluyendo exhibiciones en la sala de espera, áreas de tratamiento y en un libro recopilatorio para presentaciones de casos.

Entiendo que estas fotos no serán utilizadas para ningún otro propósito comercial sin mi consentimiento por escrito.

Al seleccionar la casilla correspondiente a continuación, otorgo mi permiso de la siguiente manera:

___ Autorizo y permito a **All About Smiles Orthodontics** a usar fotos de mi sonrisa, fotos de mi rostro completo, mi primer nombre y una breve historia sobre mi sonrisa en todas las formas de divulgación de medios según lo indicado anteriormente.

___ Autorizo y permito a **All About Smiles Orthodontics** a usar fotos de mi sonrisa, fotos de mi rostro completo y mi primer nombre, pero sin una breve historia sobre mi sonrisa, en todas las formas de divulgación de medios según lo indicado anteriormente.

___ Autorizo y permito a **All About Smiles Orthodontics** a usar solo fotos de mi sonrisa, pero no mi primer nombre, en todas las formas de divulgación de medios según lo indicado anteriormente.

Nombre del paciente (en letra de molde): _____ **Fecha:** _____

Firma: _____ **Relación con el paciente:** _____
(Paciente, Tutor Legal o Representante Autorizado)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

para el Paciente de Ortodoncia

Riesgos y Limitaciones del Tratamiento de Ortodoncia

Un tratamiento de ortodoncia exitoso es el resultado de una buena relación entre ortodoncista y paciente. El doctor y su personal se dedican a lograr el mejor resultado posible para cada paciente. En general, aquellos pacientes que están informados y son cooperadores pueden obtener resultados positivos. Usted sabe que con la ortodoncia se pueden lograr sonrisas hermosas. Sin embargo, debe estar consciente que, tal como sucede en todas las artes médicas, existen riesgos y limitaciones.

Raras veces son éstos suficientemente graves como para contraindicar el tratamiento. Sin embargo, todos los pacientes deben considerar seriamente la opción de no realizarse tratamiento ortodóncico alguno quedándose con su condición oral actual. Las alternativas, en lugar del tratamiento ortodóncico, varían de acuerdo al problema específico de cada persona, y soluciones protésicas o un tratamiento limitado de ortodoncia podrían ser considerados. Le recomendamos que le pregunte al doctor acerca de las alternativas disponibles antes de iniciar un tratamiento.

Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial es la especialidad dental que incluye el diagnóstico, prevención, interceptación y corrección de la maloclusión, así como también las anomalías neuromusculares y esqueléticas de las estructuras orofaciales en desarrollo o maduras.

Un ortodoncista es un especialista dental que ha completado al menos dos años adicionales de ortodoncia en un programa acreditado de postgrado, después de su graduación de la facultad de odontología.



American
Association of
Orthodontists®

CONSENTIMIENTO INFORMADO para el Paciente de Ortodoncia

Resultados del tratamiento

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrolla tal como se planificó, y tratamos de hacer todo lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizarle que usted estará completamente satisfecho con los resultados, ni podemos prever todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación al cumplir con las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar perder o romper los aparatos, y seguir las instrucciones del ortodoncista cuidadosamente.

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento depende de varios factores, incluyendo la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y el nivel de cooperación de éste. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del mismo, aunque éste puede extenderse si, por ejemplo, ocurre un crecimiento imprevisto o si existen hábitos que afectan las estructuras dentofaciales, si hay problemas periodontales o de otro tipo o si el paciente no coopera lo suficiente. Por lo tanto, tal vez sea necesario realizar cambios en el plan de tratamiento original. Si el tiempo de tratamiento se extiende más allá del estimado original, podrán considerarse honorarios adicionales.

Molestias

La boca es muy sensible y, por lo tanto, es posible que haya un período de adaptación durante el cual habrán molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este período de ajuste, podrán utilizarse analgésicos que no requieran de receta médica.

Recidiva

Un tratamiento de ortodoncia terminado no le garantiza dientes perfectamente derechos para el resto de su vida. Serán necesarios retenedores a fin de mantener los dientes en su nueva posición como resultado del tratamiento de ortodoncia. Deberá usar los retenedores según le indiquen. De no hacerlo, es posible que sus dientes se desplacen, además de padecer efectos adversos adicionales. Es necesario el uso de los retenedores durante varios años después del tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, pueden ocurrir cambios después de dicho tiempo debido a causas naturales, incluyendo hábitos tales como empujar con la lengua, respirar por la boca y el crecimiento y maduración que continúan durante toda la vida. Con el tiempo, la mayoría de la gente verá que sus dientes se desplazan. Es posible que algunas irregularidades menores, particularmente en los dientes anteriores inferiores, tengan que aceptarse. Algunos cambios pudieran requerir tratamiento de ortodoncia adicional o, en algunos casos, cirugía. Algunas situaciones pueden requerir retenedores no removibles u otros aparatos dentales fabricados por su dentista general.

Extracciones

Algunos casos requerirán la remoción de dientes temporales (de leche) o permanentes. Existen riesgos adicionales relacionados con la remoción de dientes de los que usted deberá conversar con su dentista o con el cirujano bucal antes del procedimiento.

Cirugía Ortognática

Algunos pacientes presentan desarmonías esqueléticas significativas que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortognática (dentofacial). Existen riesgos adicionales relacionados con esta cirugía de los que usted deberá platicar con su cirujano maxilofacial antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia. Tenga a bien saber que a menudo el tratamiento de ortodoncia anterior a la

cirugía ortognática alinea los dientes dentro de los arcos dentales individuales. ¡En consecuencia, es posible que los pacientes que interrumpen el tratamiento de ortodoncia sin completar los procedimientos quirúrgicos planificados tengan una maloclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento!

Descalcificación y Caries Dental

Una excelente higiene bucal es fundamental durante el tratamiento de ortodoncia así como las visitas regulares a su dentista general. La higiene inadecuada o incorrecta podría resultar en cavidades, dientes manchados, enfermedad periodontal y/o descalcificación. Estos mismos problemas pueden ocurrir sin tratamiento de ortodoncia, pero el riesgo es mayor para una persona que usa aditamentos ortodóncicos u otros aparatos. Dichos problemas pueden agravarse si el paciente no ha tenido el beneficio de agua fluorurada o su sustituto, o si el paciente consume bebidas o alimentos endulzados.

Resorción Radicular

Las raíces de los dientes de algunos pacientes se acortan (resorción) durante el tratamiento de ortodoncia. No se sabe con exactitud la causa de la resorción, ni se puede predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes a pesar de tener dientes con raíces seriamente acortadas los mantienen en boca durante toda su vida. Si la resorción se detecta durante el tratamiento de ortodoncia, es posible que su ortodoncista le recomiende una pausa en el tratamiento o la remoción de los aparatos antes de completar el tratamiento de ortodoncia.

Daños al nervio

Un diente traumatizado por un accidente o carie profunda puede haber experimentado daños al nervio. Además, el nervio de un diente puede morir sin razón aparente y esto se conoce como "necrosis pulpar espontánea". El movimiento ortodóncico de un diente puede, en algunos casos, agravar estas condiciones y provocar la necesidad de un tratamiento de endodoncia (canal). En casos graves, se puede llegar a perder uno o más dientes.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (encía y hueso) puede desarrollarse o empeorarse durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, aunque con mayor frecuencia se debe a la falta de una adecuada higiene bucal. Un dentista general o si fuera indicado, un periodoncista deberá monitorear cada tres o seis meses su salud periodontal durante el tratamiento de ortodoncia. Si los problemas periodontales no pueden controlarse, es posible que el tratamiento de ortodoncia haya que interrumpirlo antes de finalizar.

Lesiones Causadas por los Aparatos de Ortodoncia

Deberán evitarse las actividades o alimentos que pudieran dañar, aflojar o desalojar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia desalojados o dañados pueden inhalarse o tragarse o podrían causar otros daños al paciente. Usted deberá informar a su ortodoncista de cualquier signo inusual o sobre cualquier aparato flojo o roto en cuanto lo advierta. Es posible que se dañe el esmalte de un diente o una restauración (corona, resina, carilla, etc.) cuando se retiren los aparatos de ortodoncia. Este problema es más probable que ocurra cuando se eligieron aparatos estéticos (transparentes o de color dental). Si se dañara un diente o una restauración, será necesario que su dentista realice una restauración del diente o dientes involucrados/s.

Arcos Faciales

Los arcos faciales pueden causar lesiones al paciente, tales como daño al rostro o los ojos. En el caso de lesiones o especialmente una lesión en los ojos, aunque sea menor, deberá buscar ayuda médica inmediata. Evite usar arcos faciales en situaciones donde exista alguna posibilidad de que fueran desalojados o arrancados. Las actividades deportivas y juegos deberán evitarse cuando se usen arcos faciales.

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (Mandíbula)

Pueden ocurrir problemas en las articulaciones mandibulares, v.g., las articulaciones temporomandibulares, causando dolor, dolores de cabeza o problemas de oído. Existen muchos factores que pueden afectar la salud de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo traumas pasados (golpes en el rostro o cabeza), artritis, tendencia hereditaria a problemas en las articulaciones temporomandibulares, desgastar o apretar excesivamente los dientes, mordida mal equilibrada y múltiples trastornos médicos. Los problemas de las articulaciones temporomandibulares pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia. Cualquier síntoma de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo dolor, chasquido del maxilar inferior o dificultad para abrir o cerrar, deberá informarse de inmediato al ortodoncista. Tal vez sea necesario un tratamiento con otros especialistas médicos o dentales.

Dientes Retenidos, Anquilosados y No Erupcionados

Los dientes pueden retenerse (quedar atrapados debajo del hueso o encía), anquilosarse (quedar fusionados al hueso) o no erupcionar. A menudo, estas situaciones ocurren sin motivo aparente y, generalmente, no pueden preverse. El tratamiento de dichas condiciones depende de la circunstancia particular y de la importancia del diente involucrado, y puede requerir su extracción, exposición quirúrgica, trasplante quirúrgico o reemplazo protésico.

Ajuste Oclusal

Pueden haber mínimas imperfecciones en la manera de que sus dientes muerden después de finalizar el tratamiento. Tal vez sea necesario un procedimiento de equilibrio oclusal, método de desgaste utilizado para perfeccionar la oclusión. Asimismo, puede ser necesario retirar una pequeña cantidad de esmalte de entre los dientes, con lo que se logra "aplanar" las superficies a fin de disminuir la posibilidad de una recidiva.

Resultados No Ideales

Debido a una amplia variación en el tamaño y forma de los dientes, dientes faltantes, etc., es posible que no se pueda lograr un resultado ideal (por ejemplo, cierre completo de un espacio). Es posible que se indique un tratamiento de restauración dental, tal como adhesivos estéticos, coronas o puentes o terapia periodontal. Le recomendamos que le pregunte a su ortodoncista y dentista sobre atención accesoria.

Terceros Molares

Cuando los terceros molares (muelas del juicio) se desarrollan, es posible que sus dientes cambien su alineación. Su dentista y/u ortodoncista deberá monitorearlos a fin de determinar si será necesario extraer los terceros molares y, en caso afirmativo, cuándo.

Alergias

Ocasionalmente, los pacientes pueden ser alérgicos a algunos de los materiales que componen los aparatos de ortodoncia. Esto puede requerir un cambio en el plan de tratamiento o la interrupción del tratamiento antes de finalizar. A pesar de ser muy poco común, es posible que sea necesario un tratamiento médico de las alergias al material dental.

continúa en la página siguiente

Transmisión de la enfermedad

Aunque nuestro consultorio de ortodoncia cumple con los reglamentos federales y estatales y los protocolos universales de protección personal y desinfección recomendados para prevenir la transmisión de enfermedades contagiosas, aún es posible que no siempre tengamos éxito para bloquear la transmisión de un virus altamente infeccioso. No es posible prestar un tratamiento de ortodoncia y mantener distanciamiento social entre el paciente, ortodoncista, personal de asistencia y, a veces, otros pacientes. Teniendo conocimiento de que podría estar expuesto a enfermedades contagiosas en cualquier lugar, incluyendo si usted o su hijo(a) se presentan a un tratamiento de ortodoncia, por lo tanto usted asume y acepta el riesgo de que puede estar inadvertidamente expuesto(a) a una enfermedad contagiosa en el consultorio de ortodoncia.

Problemas de Salud en General

Los problemas de salud en general tales como enfermedades de los huesos, sangre o trastornos endócrinos así como muchos medicamentos recetados o de venta libre pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. Es imperativo que usted le informe a su ortodoncista de cualquier cambio en su estado de salud general.

Uso de Productos de Tabaco

Se ha demostrado que fumar o masticar tabaco aumenta el riesgo de enfermedad de las encías e interfiere con la cicatrización después de una cirugía bucal. Los usuarios de tabaco están también más propensos al cáncer bucal, a la recesión gingival y al movimiento más lento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia. Si usted consume tabaco, deberá considerar la posibilidad de un resultado ortodóncico comprometido.

Herramientas Accesorias de Anclaje Temporal

Su tratamiento puede incluir el uso de una herramienta o herramientas accesorias de anclaje temporal (es decir, tornillos metálicos y/o miniplacas fijados al hueso.) Existen riesgos específicos relacionados a ellos.

Es posible que el tornillo o tornillos se aflojen, lo que requeriría que se les retirara y que posiblemente hubiera que reinsertarlos en otro sitio o reemplazarlos con tornillos más grandes. El tornillo y su material adyacente pudieran tragarse accidentalmente. Si el material de anclaje no puede ser estabilizado durante un período adecuado, pudiera ser necesario un plan de tratamiento alternativo.

Es posible que el tejido que se encuentra alrededor de la herramienta accesoria se inflamase o se infectase o que el tejido blando creciese cubriendo la herramienta accesoria, lo que requeriría que se retirase, o una excisión quirúrgica del tejido, y/o el uso de antibióticos o enjuagues antimicrobianos.

Es posible que los tornillos se rompiesen (al insertarlos o al retirarlos). Si esto ocurriese, la pieza rota puede dejarse en su boca o quitarse quirúrgicamente. Esto pudiese requerir la derivación a otro especialista dental.

Cuando se inserta la, o las herramientas accesorias, es posible que se dañe la raíz de un diente, un nervio o que se perfora el seno maxilar. Por lo general, estos problemas no son significativos; no obstante, pudiese ser necesario un tratamiento dental o médico adicional.

La anestesia local usada cuando se insertan o retiran estos aparatos también tiene riesgos. Le recomendamos avisarle al doctor quien colocará la herramienta accesoria si usted ha tenido problemas con anestésicos dentales en el pasado.

Si ocurriera cualquiera de las complicaciones mencionadas anteriormente, será necesaria una derivación a su dentista familiar o a otro especialista dental o médico para un tratamiento adicional. Los honorarios por estos servicios no están incluidos en el costo del tratamiento de ortodoncia.

RECONOCIMIENTO

Por la presente, reconozco que he leído y entendido por completo las consideraciones sobre el tratamiento y los riesgos que se presentan en este formulario. Asimismo entiendo que es posible que existan otros problemas que ocurren con menos frecuencia que los que se presentaron, y que los resultados reales pueden diferir de aquellos previstos. Reconozco también que he platicado acerca de este formulario con el, o los ortodoncistas abajo firmantes y que tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Me solicitaron que hiciera una elección acerca de mi tratamiento. Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto y autorizo a el, o los ortodoncistas que se indican a continuación para que provean el tratamiento. Asimismo autorizo al, o a los ortodoncistas, para que suministren la información sobre el cuidado de mi salud al resto de mis prestadores de cuidado de la salud. Entiendo que los honorarios de mi tratamiento cubren sólo el tratamiento suministrado por el, o los ortodoncistas y que el tratamiento suministrado por otros profesionales médicos o dentales no está incluido en el honorario de mi tratamiento de ortodoncia.

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Por la presente, doy mi consentimiento para la toma de los registros de diagnóstico, que incluyen radiografías, antes, durante y después del tratamiento de ortodoncia, y al/ los médico(s) mencionado(s) anteriormente, y donde corresponda, al personal que prestará el tratamiento de ortodoncia prescrito por los médicos mencionados anteriormente para la persona arriba mencionada. Entiendo por completo todos los riesgos relacionados con el tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente, autorizo al médico, o médicos mencionados anteriormente a suministrar a otros prestadores del cuidado de la salud la información referida al cuidado de ortodoncia del individuo arriba mencionado, según corresponda. Entiendo que una vez divulgada, ni los médicos ni el personal tendrán responsabilidad alguna por cualquier divulgación en el futuro hecha por la persona que reciba esta información.

PACIENTE TRANSFERIDO

Los tratamientos de ortodoncia varían mucho. La transferencia lo más probable es que aumente dependiendo de los costos extras, puede que tenga aumento en los cambios de las políticas de pago, y puede que cambie el tratamiento. Cuando te cambias a un nuevo ortodoncista, el tiempo del tratamiento puede que cambie gracias al proceso de la transferencia.

Notas

Firma del Paciente _____ Fecha _____
o Padre/Madre/Tutor (si corresponde)

Firma del Ortodoncista _____ Fecha _____

Nombre del Grupo _____

Testigo _____ Fecha _____

Tengo la autoridad legal para firmar este formulario en nombre de _____

Nombre del Paciente _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____

Relación con el Paciente _____

CONSENTIMIENTO PARA USAR LOS REGISTROS DIAGNOSTICOS

Por la presente, doy mi permiso para el uso de registros de ortodoncia, que incluyen fotografías, tomadas en el proceso de exámenes, tratamiento y retención para el propósito de consultas profesionales, investigación, educación o publicación en revistas profesionales.

gsserserer
Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

All About Smiles

Maria C. Mendez. DMD.MS

Reconocimiento de recibo del "Aviso de Prácticas de Privacidad"

** Puede negarse a firmar este reconocimiento **

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Solo para uso de la oficina

Intentamos obtener un reconocimiento por escrito del recibo de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad, pero no fue posible obtenerlo porque:

- ☐ El individuo se negó a firmar
- ☐ Las barreras de comunicación impidieron obtener el reconocimiento
- ☐ Una situación de emergencia impidió que obtuviéramos el reconocimiento
- ☐ Otro (especifique): _____

© 2002 American Dental Association - Todos los derechos reservados

La reproducción y el uso de este formulario por dentistas y su personal está permitido. Cualquier otro uso, duplicación o distribución de este formulario por cualquier otra parte requiere la aprobación previa por escrito de la American Dental Association.

Autorización para la divulgación de registros e información del paciente

Por la presente autorizo a All About Smiles a divulgar cualquier registro médico/financiero, incluyendo información sobre mi enfermedad y/o tratamiento, a las siguientes personas:

Nombre

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Número de Teléfono

Relación

Nombre

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Número de Teléfono

Relación

Nombre

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Número de Teléfono

Relación

Nombre

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Número de Teléfono

Relación