



\$99 braces



### Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino o Femenino  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_ (para envío de videos instruccionales)  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Representante del Paciente

Nombre de la Mamá o Representante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Papá o Representante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_

### Aseguranza Privada

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 # De Identificación de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ # De el Grupo: \_\_\_\_\_

¿Alguien mas va a traer al paciente?\_\_¿Quien o quienes? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿A quién le agradecemos por referir lo/la a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

## Aviso de Privacidad

**Este aviso describe como su información médica pueda ser usada o divulgada y como puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.**

Su información médica que está protegida (ejemplo, información personal, como nombres, fechas, teléfonos, fax, dirección y números de seguro social) puede ser divulgada por nosotros en las siguientes formas:

- A otros proveedores de salud (ejemplo; dentistas, cirujanos orales etc.) en conexión con tratamientos que el ortodontista pida o necesite (ejemplo; para determinar los resultados de limpieza, cirugía, o etc.)
- Los seguros médicos u otras personas responsables de la cuenta (ejemplo; compañía de seguro, empleadores con reembolso directo, o cuenta de gastos flexibles etc.) para poder obtener los pagos hacia su cuenta (ejemplo; para determinar beneficios, y fechas de pagos)
- Para certificar y/o acreditar licencias y (ejemplo, American Board of Orthodontics, State Dental Boards, etc.)
- Internamente, cualquier miembro de la clínica que sea parte con su tratamiento.
- Otros pacientes que o personas que escuche acerca de su tratamiento o citas etc. Mientras habla con el doctor o personal de la clínica.
- Se podrá compartir la información con familia o amigos cercanos que estén involucrados con su tratamiento.
- Lo podemos contactar para recordarles de citas o información de su tratamiento, u otros beneficios que le interesen.
- Para cualquier otro uso de su información será primero contactado antes de dar información, su consentimiento será pedido por escrito.

Con la nueva ley de privacidad, usted tiene derecho a:

- Pedir restricciones en el uso y divulgación de su información médica.
- Pedir que hablemos en confidencialidad su información médica.
- Obtener y revisar copias de su información de salud si la pide.
- Enmendar o modificar su información en ciertas circunstancias.
- Recibir un informe de las divulgaciones hechas sobre su información médica.
- Sin ningún riesgo de represalias, usted puede hacer una queja de violación de su información médica a el personal de esta oficina, o Secretaria de Salud de Los Estados Unidos o a los Servicios Humanos. (Esa queja tiene que someterse dentro de 180 días de la violación)

Tenemos las siguientes responsabilidades, dentro del acto de privacidad:

- Por ley, proporcionarle este aviso, estableciendo sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a dicha información; para mantener la privacidad de la información médica.
- Cumplir con los términos de nuestro Aviso de privacidad que está actualmente en vigor;
- Avisar sobre cambios a sus derechos y los términos del acto de privacidad, hacer cambios a cualquier información que nosotros tengamos sobre usted, y actualizar y darles nuevas formas.

Por favor anote que no somos obligados a lo siguiente:

- Honrar cualquier petición restringir el uso o divulgación de su información de salud.
- Corregir su información de salud protegida si esta correcta.
- Proporcionar un ambiente totalmente libre de cualquier posibilidad que su información de salud pueda ser oído por otros pacientes.

Esta información del acto de privacidad es efectiva el día que se firma con la fecha. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta información, por favor pregunte a nuestro personal, Gracias.

## Reconocimiento del Paciente

---

**Firma del Paciente/Guardián**

---

**Fecha**

## Información y Consentimiento

La ley estatal les requiere a los profesionales de la salud proveerles a sus pacientes la información concerniente al tratamiento en consideración. Este consentimiento indica su conocimiento de tal información, incluyendo ambos aspectos positivos y negativos del tratamiento de ortodoncia. En la gran mayoría de los casos se puede lograr una mejora significativa cuando los pacientes están informados y son cooperativos con el tratamiento de ortodoncia.

Mientras que los beneficios de tener una hermosa sonrisa y dientes sanos son considerados como necesarios por la mayoría de la gente, el tratamiento de ortodoncia es normalmente un procedimiento a consideración del paciente y como cualquier otro tratamiento de la salud, conlleva sus propios riesgos y limitaciones. Tales riesgos y limitaciones pueden ser contraproducentes al tratamiento pero deben ser tomados a consideración antes de empezar dicho tratamiento. Usted puede estar seguro que a pesar de que el consentimiento informado es un requisito legal; se hará completamente todo lo necesario para mantener cualquier riesgo a mínimo en su tratamiento de ortodoncia.

**COOPERACION DEL PACIENTE:** La falta de cooperación por parte del paciente es la causa más común que afecta la calidad del resultado en el tratamiento de ortodoncia. La falta de higiene oral, el uso de los elásticos, y equipo apropiados, cuidado de los aparatos, mantener sus citas al corriente son algunos de los factores más importantes a considerar para eliminar un tratamiento innecesariamente lento y comprometer los resultados. Las visitas regulares al dentista son una parte importante en el tratamiento de ortodoncia. Sin la cooperación del paciente y/o falta de higiene oral, existe la posibilidad de requerir que el paciente suspenda completamente el tratamiento o cambie su tratamiento con otro ortodontista.

**PERSONAL AUXILIAR:** Debido a la naturaleza del tratamiento de ortodoncia, la mayoría de los ajustes serán realizados por personal auxiliar altamente calificado.

**COSTOS ADICIONALES:** Algunos costos adicionales pueden ser requeridos para algunos procedimientos que no están detallados en su contrato de ortodoncia.

**DESCALCIFICACION, CARIES DENTAL Y PROBLEMAS DE ENCIAS:** La excelente higiene oral, la eliminación de residuos de comida e ingerir menos azúcares ayudan con el cuidado dental incluyendo la descoloración permanente de los dientes. Informar el daño a las coronas de metal u otros aparatos, ayudan a minimizar los problemas dentales.

**CBCT/RAYOS-X:** La Tomografía Computarizada CBCT permite un diagnóstico más preciso. El uso de Rayos-X conlleva algunos riesgos, aunque la información obtenida a partir de su realización amerita su uso. Nuestra meta es utilizar estos procedimientos lo menos posible. Puede que sean cargados a su cuenta como "costos de procedimientos diagnósticos" y puede que sean facturados al paciente y su seguro médico.

**DIENTES MUERTOS/NO-VITALES:** Una diente que ha sido dañada por un golpe o cualquier otra causa puede morir si no es atendida en un tiempo adecuado. Dicha pieza puede requerir tratamiento (endodoncia) durante el procedimiento de ortodoncia.

**ACORTAMIENTO DE RAIZ:** Sucede con o sin tratamiento de ortodoncia cuando las raíces dentales se contraen. Un golpe o trauma, problemas de las glándulas u otras razones desconocidas pueden ocasionar este problema.

**ARTICULACIONES TEMPROMANDIBULARES (TMJ):** En algunos casos el paciente puede presentar problemas en la mandíbula inferior antes, durante o después de su tratamiento. La alineación dental puede mejorar dichos problemas aunque no en todos los casos.

**CRECIMIENTO ANORMAL:** La forma anormal del crecimiento del esqueleto puede afectar los resultados de ortodoncia finales. La cirugía médica es recomendable en estos casos.

**MOVIMIENTO DE LOS DIENTES (RELAPSO):** Puede suceder después del tratamiento. Los dientes tienden a regresar a su posición original. La rotación, amontonamiento de los dientes frontales inferiores, pequeños espacios en los sitios de extracción o entre los incisivos superiores son los más comunes. Los problemas más severos tienen la tendencia de relapso. Los dientes cambian durante la vida de un individuo con o sin tratamiento de ortodoncia, pero el uso apropiado de los dispositivos de retención puede minimizar tales problemas. Debido a la probabilidad de un relapso, el paciente debe consultar al ortodontista para su exanimación cada dos años después de efectuado el tratamiento o siempre que haya un cambio en la estructura dental.

**MASCARA FACIAL:** Las instrucciones de uso deben ser observadas con cuidado. Al quitarse el dispositivo cuando el elástico está colocado, puede ocasionar un rebote y lastimar al paciente.

**DIENTES IMPACTADOS:** Especialmente los colmillos y las terceras muelas (del juicio) pueden ocasionar la pérdida dental, problemas con las encías o relapso.

**PERDIDA DE HUESO:** Ocasionalmente el movimiento dental puede resultar en pérdida de hueso, pero estas situaciones raramente se presentan.

**DOLOR O MALESTAR:** Normalmente existe un periodo corto de malestar posterior a cada cita dental, en las cuales algunos pacientes experimentan más que otros.

Si el paciente o la persona responsable está de acuerdo en efectuar el tratamiento requerido, otorga a la vez su consentimiento de efectuar la toma de fotografías y rayos-x durante y después del tratamiento para el uso del ortodontista en la preparación de demostraciones u otro material científico. Ningún profesional de la salud incluyendo el tratamiento dental puede garantizar el resultado satisfactorio del paciente pero se compromete a esforzarse razonablemente al máximo de su capacidad en resolver los problemas de ortodoncia diagnosticados del paciente. Este documento requiere la firma del paciente o la persona responsable para detallar los riesgos y beneficios involucrados en la realización del tratamiento de ortodoncia, su aceptación a realizar el procedimiento y definiendo los responsables de pago.

Alan A. Curtis DDS, MS/ Paul Robinson DMD/ R. Thomas Tipton DMD, MSD/ Jason Judd DDS

ORTHODONSISTAS

Fecha: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ Persona Responsable: \_\_\_\_\_



Permiso Para Publicar Fotos en Redes Sociales Para \$99Braces/Horizon Orthodontics/Smiles4Less

Yo le doy permiso a \$99Braces/Horizon Orthodontics/Smiles4Less de usar las fotografías y/o videos de mi hijo/a o de mi persona tomadas en \$99Braces/Horizon Orthodontics/Smiles4Less y/o eventos relacionados con redes sociales, promociones de marketing, volantes y carteles para \$99Braces/Horizon Orthodontics/Smiles4Less.

“Redes Sociales” significa cualquier forma de interacción social en la red, Incluyendo pero no limitada a Facebook, Instagram, Twitter y las paginas oficiales de \$99Braces/Horizon Orthodontics/Smiles4Less.

Nombre del padre o madre / Guardián: \_\_\_\_\_

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

Firma del padre o madre / Guardián: \_\_\_\_\_

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

Nombre impreso del paciente: \_\_\_\_\_

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

## Política de Citas Pérdidas y Aviso de 24 Horas

### Efectivo Empezando Enero 2019

Cuando un paciente falta a una cita sin previo aviso, se le impide a otro paciente recibir atención. Por lo tanto, \$99 Braces/Horizon Orthodontics/Smiles4Less se reserva el derecho de cobrar un cargo adicional de \$20.00 para todas las citas perdidas ("No shows") o citas que no sean canceladas con de 24 horas de anticipo.

Recargos de "No Show" se le cobrará al paciente. Esta tarifa no está cubierta por el seguro y debe pagarse antes de su próxima cita. Múltiples "no shows" en un período de 12 meses pueden resultar en la cancelación de su tratamiento.

Gracias por su comprensión y cooperación con nuestros esfuerzos por mejorar nuestro servicio y las necesidades de todos nuestros pacientes.

Al firmar abajo, usted reconoce que recibió este aviso y entiende esta política.

---

Nombre de Paciente

---

Fecha

---

Firma del Responsable

## Historial Dental del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

Fecha de el mas reciente examen y limpieza dental: \_\_\_\_\_

<b>El Paciente:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Sangran sus encías cuando se cepilla?		
¿Ha sido diagnosticado con gingivitis?		
¿Tiene dolor de quijada o mandíbula?		
¿Tiene problemas al abrir o cerrar la boca?		
¿Aprieta o rechinan sus dientes?		
¿Ha tenido tratamientos de ortodoncia en el pasado?		
¿Tiene trabajo dental en proceso o pendiente?		
¿Está interesado en blanqueamiento dental?		
¿Está interesado en Invisalign?		
¿Ha tenido heridas o trauma en sus dientes, cara o mandíbula?		
Si eligió "si" por favor explique cómo sucedió:		
¿Ha sido asesorado para tomar antibióticos antes de trabajos dentales?		
Si eligió "si" por favor explique:		
¿Quisiera ver cambios estéticos faciales?		
Si eligió "si" por favor explique cuáles:		

### Historial Medico

Nombre del Doctor principal: \_\_\_\_\_

<b>El Paciente:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Tiene problemas médicos, trastornos o condiciones médicas?		
Si eligió "si" por favor explique:		
¿Tiene alergias a medicamentos?		
Si eligió "si" por favor explique:		
¿Tiene Medicamento que se esté tomando al momento?		
Si eligió "si" por favor explique:		
¿Tiene alergias al LATEX?		
¿Tiene alergias ambientales?		
Si eligió "si" por favor explique:		
¿En el momento chupa o chupaba su pulgar en el pasado?		
¿Está embarazada?		

### Historial de Salud

<b>Condiciones</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Problemas de nacimiento		
Problemas de habla		
Déficit de atención		
Artritis		
Diabetes		
Anemia		
Hemofilia/Hemorragia		
Transfusión de sangre		
Hepatitis		
VIH o Sida		
Tuberculosis		
Apnea del sueño		
Osteoporosis		
Pérdida auditiva		
Problemas de desarrollo		
Soplo cardiaco		
Fiebre reumática		
Quimioterapia		
Parálisis cerebral		
Convulsiones		
Asma		
Paladar Hendido		
Problemas con la visión		
Problemas del hígado		
Enfermedad del riñón		
Problemas con la piel		