

FLUJOGRAMA

DE ATENCIÓN ORTODÓNICA EN PACIENTES CON COMPROMISO SISTÉMICO



Eliana E. Muñoz L.

Estomatóloga y Cirujana Oral
Docente asociada UAM. Miembro ACPO, INSAO.

Ramiro Mejía Sanín

Ortodoncista. Docente posgrado Ortodoncia UAM.
Presidente de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia. INSAO.



FLUJOGRAMA

DE ATENCIÓN ORTODÓNICA EN
PACIENTES CON COMPROMISO SISTÉMICO

Eliana.E. Muñoz L

Estomatóloga y Cirujana Oral
Docente asociada UAM. Miembro ACPO. INSAO.

Ramiro Mejía Sanín

Ortodoncista . Docente posgrado Ortodoncia UAM.
Presidente de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia. INSAO.

Coautores:

Diana Camila Gomez García

Paula Mejía Calderón

Santiago Giraldo Marín

Valentina Cortés Ramírez

Daneyi Giraldo Loaiza

Residentes Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial

Universidad Autónoma de Manizales

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

Debido a los avances en el campo de la medicina, el diagnóstico precoz y el tratamiento médico de alta calidad están disponibles para pacientes con diagnósticos médicos, esto aumenta su esperanza y mejora su calidad de vida. Lo anterior ha generado un aumento en la consulta de ortodoncia de pacientes con compromiso sistémico. Es fundamental que el ortodoncista y su equipo estén capacitados para brindar una atención segura puesto que los pacientes que padecen algún trastorno sistémico están más expuestos a las complicaciones durante el tratamiento ortodóncico, pero pueden completarlo satisfactoriamente siempre que se controlen estos trastornos.¹

La ortodoncia en pacientes especiales interacciona con la medicina, puesto que el tratamiento que se realice en estos pacientes deberá ser más eficaz y presentar el mínimo riesgo para su estado general. Dentro de las enfermedades sistémicas se mencionan las de mayor frecuencia, como: Pacientes en tratamiento con bifosfonatos y antirresortivos, enfermedades autoinmunes, endocarditis infecciosa, hemofilia, diabetes, asma, desórdenes tiroideos, pacientes en terapia con hormona de crecimiento, epilepsia, salud mental, enfermedad renal crónica, pacientes con diagnósticos oncológicos y pacientes con VIH; adicionalmente se tocan otras condiciones especiales como embarazo, alergias e infectados activos con virus herpes. Es necesario obtener una historia médica y odontológica detallada de los pacientes ortodóncicos para conocer su situación médica y valorar los aspectos específicos que puedan impactar en el tratamiento ortodóncico.

Es importante reconocer que para confeccionar un plan de tratamiento son necesarias las opiniones del paciente y las observaciones del médico.

Este artículo presenta algunas de las condiciones médicas que pueden presentarse en pacientes que asisten a la consulta de ortodoncia, así como las recomendaciones y modificaciones en la planeación del tratamiento según su condición sistémica.

1. Yina Li, Laura A, Jacox, Shannyn H., Little, Ching- Chang Ko. - *Orthodontic Tooth movement: The biology and clinical implications. Kaohsiung Journal of Medical Sciences (2018) 34,207 - 214*

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y medicamentos

Medicamentos ²³	Inhiben el Movimiento Dental	Aumenta el Movimiento Dental
Estrógenos	✓	
Calcitonina	✓	
Bifosfonatos	✓	
Vitamina D	✓	
AINEs	✓	
Hormona Tiroidea		✓
Corticosteroides	✓ (1mg/kg)	✓ (15mg/kg)

-AINEs: Bloquean la vía de la ciclooxigenasa, que inhibe la síntesis de prostaglandinas. Estas son requeridas para el movimiento en el tratamiento ortodóncico por lo tanto deben ser evitadas en los pacientes ortodóncicos.

-Corticosteroides:

- A bajas dosis disminuyen el movimiento ortodóncico por la supresión de la actividad osetoclástica.
- A altas dosis incrementan la actividad osteoclástica y producen más movimiento ortodóncico.

-Alcohol: Inhibe la hidroxilación de Vitamina D en el hígado e interviene con el metabolismo del Calcio, esto incrementa la reabsorción radicular.

2. Effects of drugs in orthodontic tooth movement: A review. A. Kakadiya, R Tandon, M bhardwaj, P. Chandra. www.Journalanddentofacialsciencies.com. Vol 3 Issue 4

3. Effects of drugs and systemic factors on orthodontic treatment. Joanna B. Tyrovola, DDSVMeropi N. Spyropoulos, DDS, Dr Odont, MS. Quintessence int 2001;32:365-371)

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y bifosfonatos

La aplicación sistémica de los bifosfonatos tiene efectos inhibitorios sobre el movimiento dental y la reabsorción radicular, al mismo tiempo se estima que puede tener un efecto preventivo en la reabsorción radicular resultando muy útil clínicamente ya que en momentos específicos del tratamiento y según las condiciones del paciente se puede aplicar este efecto en beneficio del paciente.⁴

Pacientes con Bifosfonatos ya instaurados



Ortodoncia no Indicada

Ortodoncia antes de tratamiento con bifosfonatos



Ortodoncia Indicada

Bifosfonatos

Medicamentos utilizados para el tratamiento de patologías óseas



Mecanismo de acción: Reducen la reabsorción ósea por inhibición de las enzimas esenciales para la formación y función de osteoclastos.^{5,6}

Medicamentos Antiresortivos y Antiangiogénicos

INHIBIDOR RANKL	AGENTES ANTIANGIÓGENICOS
<i>Denosumab</i> (PROLIA; XGEVA)	<i>Bevacizumab</i> (AVASTIN)
	<i>Sunitinib</i> (SUTENT)
	<i>Sorafenib</i> (NEXAVAR)
	<i>Pazopanib</i> (VOTRIENT)
	<i>Axitinib</i> (INLYTA)

Bifosfonatos

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE ORDINARIO	CONTENIDO DE NITROGENO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	POTENCIA RELATIVA	USO COMÚN
Alendronate	Fosamax	Si	Oral	700	Osteoporosis
Clodronate	Bonefos - Clasteon	No	Oral	10	Hypercalcemia Maligna
Etidronate	Didronel	No	Oral y IV	1	Osteitis deformante
Ibandronate	Boniva	Si	Oral y IV	4000	Osteoporosis
Pamidronate	Aredia	Si	Oral y IV	325	Cáncer
Risedronate	Actonel	Si	Oral	2000	Osteoporosis
Tiludronate	Skelid	No	Oral	10	Hypercalcemia Maligna
Zoledronate	Zometa	Si	IV	700	Cáncer
Zoledronate	Reclast	Si	IV (1 vez por año)	700	Osteoporosis

⁴ Lameda Ann, Coelho Ma. Alejandra, Yánez Gladys, Quirós Oscar. Bifosfonatos y Ortodoncia. Trabajo realizado durante el curso de diploma de perfeccionamiento profesional en Ortodoncia Interceptiva. Universidad Central de Venezuela. Mayo 2012.

⁵ I CONSENSO COLOMBIANO DE OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES ASOCIADA A MEDICAMENTOS. Asociación Colombiana de Osteonecrosis y Metabolismo Mineral. 2019.

Manejo Ortodóncico

- Cautela con mini-anclaje-esqueletal.
- Evitan trauma de retenedores sobre las mucosas.
- Informar al paciente de la inhibición del movimiento dentario y planificarlo sin extracciones o con stripping.
- Ordenar CTX > a 150 pg/ml
- Hidroxivitamina D25 > a 30 mg/dl
- Paratormona 10-55 pg/ml
- En estos valores es seguro realizar tratamiento ortodóncico. Analizar cada caso de forma individual.

Factores de Riesgo para Desarrollar Osteonecrosis de los Maxilares

Factor	Descripción
Edad	≥55 años
Medicamentos	Bisfosfonatos orales
	Bisfosfonatos intravenosos
	Denosumab (inhibidor del RANKL)
	Bevacizumab
	Pazopanib
	Sunitinib
	Sorafenib
	Inhibidores de mTOR
	Glucocorticoides
	Otras quimioterapias
Radiación	Radioterapia en cabeza y cuello
Noxas dentales	Enfermedad periodontal
	Mala higiene oral
	Prótesis mal ajustadas
	Exodoncias
	Implante dental
Malos hábitos	Tabaquismo
Comorbilidades	Diabetes mellitus
	Anemia
	Artritis reumatoidea
	Diálisis
	Terapia con eritropoyetina
	Cáncer
Genético	Genes relacionados con recambio óseo y el colágeno

Adaptado de: Svejda B et al. Wien Med Wochenschr. 2016 Feb;166(1-2):68-74.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y enfermedades autoinmunes

Artritis Reumatoide

Es la artritis inflamatoria autoinmune más común en adultos. Tiene un impacto negativo en la habilidad manual y actividades diarias que incluyen trabajo y actividades cotidianas relacionadas con la calidad de vida; incrementa la mortalidad.⁷

Artritis Juvenil Idiopática (AJI)

Es una enfermedad inflamatoria destructiva que afecta niños, y resulta en dolor articular, inflamación e interfiere con el rango de movimiento.⁸ Afecta mujeres más que hombres e inicia antes de los 16 años de edad. Las superficies articulares que más se afectan con destrucción progresiva son: manos, dedos, tobillos, hombros y rodillas. Los problemas ortodóncicos incluyen: retrognatismo mandibular, hipoplasia condilar, mordida abierta, clase II esquelética. Estos problemas se atribuyen a la absorción ósea condilar. AJI resulta en asimetría facial.⁹

En el 45% de los casos con artritis juvenil idiopática la articulación temporomandibular está involucrada.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- Trabajo multidisciplinario que involucra: reumatólogo, cirujano maxilofacial y pediatra.
- Mientras la inflamación esté bajo control, el tratamiento ortodóncico tendrá como objetivo restaurar la oclusión óptima y la función de la mandíbula.
- Los elásticos clase II no deben ser usados debido a que producen mayor carga en la articulación temporomandibular.¹⁰
- La cirugía ortognática debe ser realizada cuando el crecimiento está completado excepto en casos de: Anquilosis de ATM. Así mismo la cirugía maxilar y la genioplastia han sido usadas para tratar la deficiencia mandibular severa.¹¹
- Ayudas para la higiene bucal, incluidos mangos modificados de cepillos y cepillos eléctricos se pueden recomendar a los pacientes con AJI; especialmente en aquellos que padecen artritis en las articulaciones de las manos.

7 Arthritis Care and Research. DOI 10.1002/acr.22783. 2015, American College of Rheumatology.

8 de Menezes LM, Rizzato SMD, de Lima EMS, Matje PRB, Picarelli MM. Juvenile idiopathic arthritis in orthodontics: case report with a 6- year follow-up. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2017;151:384-96.

9 Patel A, Burden DJ, Sandler J. Medical disorders and orthodontics. J Orthod 2009;36:1-21.

10 Jena AK, Duggal R, Mathur VP, Parkash H. Orthodontic care for medically compromised.

11 Pagnoni M, Amodeo G, Fadda MT, Brauner E, Guarino G, Viriciglio P, et al. Juvenile idiopathic/rheumatoid arthritis and orthognatic surgery without mandibular osteotomies in the remittent phase. J Craniofac Surg 2013;24:1940-5.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y enfermedades autoinmunes

Lupus Eritematoso

Enfermedad autoinmune crónica que afecta el tejido conjuntivo, caracterizada por: inflamación y daño de tejidos por depósito de complejos antígeno - anticuerpo.

 **Afecta pulmones, hígado, riñones, piel, mucosa oral, vasos sanguíneos y sistema nervioso.¹²**

 **Ortodoncia Indicada**

Manejo Ortodóntico

-  -No montar ortodoncia hasta conseguir estricta higiene oral de parte del paciente.
- Vigilar estructura de tejidos blandos periodontales.
 - El riesgo de infección por la terapia a la que están sometidos los pacientes es alta; frecuentemente se encuentran lesiones en la mucosa oral manifestadas como manchas eritematosas y estrías blancas.
 - El tratamiento multidisciplinario debe incluir periodoncista tendiente a controlar la enfermedad periodontal.

¹² Ma. Guadalupe Ayala Mondragón, Karla Ivonne Iturbe Aldaraca. Abordaje ortodóntico de pacientes con enfermedades sistémicas más frecuentes. Arch Inv Mat Inf 2011;III(2):67-72 69

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y endocarditis infecciosa

Esta condición resulta de la infección del endotelio de vasos sanguíneos del corazón. Las válvulas cardíacas son específicamente susceptibles, pero esta condición puede afectar cualquier capa endotelial en ventrículos, aurículas y arterias pulmonares.¹³

Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico



PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INDICADA EN:

- Inserción y remoción de bandas de ortodoncia.
- Reducción interproximal.
- Colocación de dispositivos de anclaje temporal.
- Cualquier procedimiento ortodóncico que perfora la mucosa oral o manipule tejidos gingivales.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PACIENTES CON:

- Endocarditis infecciosa previa.
- Válvulas protésicas.
- Enfermedad valvular en receptores de transplante de corazón.
- Enfermedad cardíaca congénita cianótica no reparada o incompletamente reparada.
- Reparación con materiales protésicos seis meses después del procedimiento.
- Consultar con el cardiólogo del paciente para determinar el nivel de riesgo y para determinar la apropiada prescripción antibiótica basados en el procedimiento odontológico a realizar:

- Amoxicilina 2 gr vía oral para adultos, 50 mg/kg oral para niños.
- Alérgicos: Clindamicina 600 mg para adultos, 20 mg/kg para niños.
- El paciente debe mantener estricta higiene oral.¹⁴

¹³ Alqahtani H. *Medically compromised patients in orthodontic practice: Review of evidence and recommendations.* *International Orthodontics* (2019), <https://doi.org/10.1016/j.ortho.2019.08.015>

¹⁴ Jena AK, Duggal R, Mathur VP, Parkash H. *Orthodontic care for medically compromised*

FLUJOGRAMA

Ortodoncia e hipertensión

Ortodoncia Indicada

- Valores normales de presión sistólica: 120 mm/Hg
- Valores normales presión diastólica: 80 mm/Hg
- Asegurar una presión diastólica bajo 100 mm/Hg antes de iniciar atención odontológica.
- Manifestaciones orales: hiperplasia gingival, xerostomía, reacción liquenoide y enfermedad periodontal.

Manejo Ortodóncico

- Disminuir el estrés, citas cortas.
- Mantener excelente estado de higiene oral.
- Los bloqueadores de canal de calcio (amlodipino, verapamilo, nifedipino) puede causar hiperplasia gingival además de la irritación causada por los aditamentos fijos. Dependiendo de la recurrencia se puede solicitar al médico tratante una alternativa terapéutica.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y hemofilia

Condición resultante de la deficiencia de uno de los factores de coagulación. Hemofilia A y B son causadas por deficiencia del factor 8 y 9 respectivamente. Von Willebrand es causada por deficiencia de este factor.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- Iniciar ortodoncia bajo estricta higiene oral.
- El trauma en la mucosa oral debe ser minimizado.
- Excesos de arcos deben ser cortados.
- Brackets de autoligado son preferibles.
- Bandas preformadas deben preferirse para evitar trauma necesario.
- No con ligaduras metálicas.
- Tiempo de tratamiento corto.
- Eliminar aditamentos que irriten la mucosa.
- Tratamientos sin exodoncias son preferibles.
- Eyector envuelto en gasa minimiza el trauma en piso de boca.
- No usar AINEs debido a que incrementa la tendencia de sangrado. Usar acetaminofen como alternativa segura.
- Se recomiendan brackets adheridos directamente, en vez de brackets sobre bandas.
- Todos los bordes afilados deben alisarse y pulirse, como tubos y ganchos.
- El exceso de resina debe retirarse y limpiarse.
- Usar aparatos de expansión acrílica
- Para minimizar el trauma en el tejido blando, es preferible hacer las impresiones con una cubeta no metálica.^{15 16 17}

¹⁵ Grossman RC. *Orthodontics and dentistry for the hemophilic patient. Am J Orthod* 1975;68: 391-403.

¹⁶ Burden D, Mullally B, Sandler J. *Orthodontic treatment of patients with medical disorders. Eur J Orthod* 2001;23:363-72.

¹⁷ Naveen Kumar J, Anil Kumar R, Varadarajan R, Sharma N. *Specialty dentistry for the hemophiliac: is there a protocol in place? Indian J Dent Res* 2007;18:48-54.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y diabetes

Caracterizada por una persistente elevación de glucosa en sangre (hiperglicemia crónica) debido a deficiencia de insulina. Existe diabetes tipo 1 y tipo 2.

- Tipo 1: Por deficiencia de la secreción de insulina.
- Tipo 2: Resistencia a la insulina e inadecuada producción de la misma.
- Diabetes Gestacional: Ocurre en las mujeres embarazadas sin un previo diagnóstico de diabetes que desarrollan un alto nivel de glucosa en sangre. Este puede preceder al desarrollo de diabetes tipo II.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- Son preferibles las citas temprano en la mañana.
- Confirmar que tomó su medicación usual antes de la consulta.
- Usar fuerzas ortodóncicas suaves.
- Involucrar un periodoncista en el equipo de trabajo, para evaluar condición periodontal antes y durante el tratamiento odontológico.
- El ortodoncista y su equipo de trabajo deben ser entrenados para manejar emergencias en el paciente diabético especialmente las relacionadas con hipoglicemias.^{18 19}

¹⁸ Bensch L, Braem M, Willems G. Orthodontic considerations in the diabetic patient. *Semin Orthod* 2004;10:252-8.
¹⁹ Almadih A, Al-Zayer M, Dabel S, Alkhalaf A, Al Mayyad A, Bardisi W, et al. Orthodontic treatment consideration in diabetic patients. *J Clin Med Res* 2018;10:77-81.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y asma

Esta condición resulta del estrechamiento de la vía aérea. Estos síntomas son usualmente reversibles. La xerostomía es un problema común en pacientes asmáticos que han usado de forma prolongada inhaladores que contienen esteroides. Esto genera decalcificación dental y problemas periodontales.²⁰



Ortodoncia Indicada solo en pacientes controlados

Manejo Ortodóncico

- Comunicación permanente con el médico tratante.
- El estrés y la ansiedad deben ser minimizados pues pueden ser un punto gatillo para un episodio asmático.
- Citas cortas en la mañana.
- Corto tiempo de espera.
- Evitar posición supina durante mucho tiempo.
- Los pacientes deben usar su medicación usual antes de la cita.
- El inhalador debe estar disponible para el paciente durante la cita en caso de requerirse.**
- Los pacientes asmáticos tienen un riesgo incrementado de reabsorción radicular externa.
- Controlar excelente higiene oral durante el tratamiento.
- Aspirina y AINEs deben ser evitados debido a una posible alergia a estos medicamentos.

-El acetaminofen es el analgésico de elección en pacientes asmáticos.^{20 21 22 23}



Existen materiales que exacerban el asma: cremas dentales, sellantes de fisuras, polvillo de esmalte dental, y metilmetacrilato.



Evitar anestésicos con vaso constrictor pues contienen metabisulfitos de sodio, un preservativo con un alto potencial alergénico.

20 Sonis ST. Orthodontic management of selected medically compromised patients: cardiac disease, bleeding disorders, and asthma. *Semin Orthod* 2004;10:277–80.

21 Dillon JA. The importance of a complete medical history in orthodontic treatment planning. *The Journal* 2015.

22 Haugland L, Kristensen KD, Lie SA, Vandevska-Radunovic V. The effect of biologic factors and adjunctive therapies on orthodontically induced inflammatory root resorption: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Orthod* 2018;40:326–36.

23 Khattri S, Bhardwaj M. Orthodontic management in medically compromised patients. *Int J Dent Clin* 2012;4:26–9.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y desórdenes tiroideos

Hipertiroidismo

Causado por mala regulación de la síntesis de hormona tiroidea

El paciente de hipertiroidismo tiene dos problemas:

1. Alto recambio óseo.
2. Acelerada erupción dental.

Hipotiroidismo

Reducción de la función de glándula tiroidea y su producción hormonal.

El paciente de hipotiroidismo tiene seis problemas:

1. Mordida abierta anterior.
2. Macroglosea.
3. Retardo en la erupción dental.
4. Impactación del segundo molar.
5. Disminución del recambio óseo.
6. Incremento en el riesgo de reabsorción radicular.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- Disminuir el estrés.
- AINEs y aspirina no son recomendados. Usar acetaminofen.
- Los pacientes con hipertiroidismo tienden a tener un incremento en el movimiento dental.^{24 25 26}

²⁴ Carlos Fabuel L, Jiménez Soriano Y, Sarrión Pérez MG. Dental management of patients with endocrine disorders. *J Clin Exp Dent* 2010;2:196–203.

²⁵ Pinto A, Glick M. Management of patients with thyroid disease: oral health considerations. *J Am Dent Assoc* 2002;133:849–58.

²⁶ Maheshwari S, Verma SK, Ansar J, Prabhat K. Orthodontic care of medically compromised patients. *Ind J Oral Sci* 2012;3:129.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y terapia con hormona de crecimiento

- Es una hormona protéica secretada por la glándula pituitaria.
- Los niños crecen normalmente durante dos a cinco años. El tratamiento produce aumento en la maduración esquelética.
- La deficiencia de hormona de crecimiento tiene profundo impacto en el crecimiento y maduración de todo el cuerpo.
- La cantidad y patrón de crecimiento durante el tratamiento con hormona de crecimiento es impredecible.^{27 28 29}



El tratamiento ortodóncico se debe retrasar hasta finalizar la terapia con hormona de crecimiento.

²⁷ Peter H. Buschang and Robert J. Hinton. *A Gradient of Potential for Modifying Craniofacial Growth. Semin Orthod.* 2005; 11:219-226

²⁸ Hwang CJ, Cha JY. *Orthodontic treatment with growth hormone therapy in a girl of short stature. Dentofacial Orthop.* 2004; 126 (1): 118-26

²⁹ Sunil Kumar Khare, Rajendra Gupta, Amit Prakash. *ENDOCRINE DISORDERS AND THEIR EFFECTS IN ORTHODONTICS. International Journal of Medical Dentistry.* 2013 volume 3 · issue 4. pp: 280-285

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y epilepsia

Estas condiciones resultan de involuntarios, temporales y repentinos cambios en la función neurológica manifestadas como señales eléctricas anormales generadas por neuronas cerebrales. Ellos pueden presentar alteración en la conciencia, comportamiento o sensaciones.



Ortodoncia Indicada en pacientes controlados

Problemas Relacionados

- Fracturas faciales.
- Trauma dental.
- Hiperplasia gingival generada por medicamentos anticonvulsivantes.
- Asimetría facial.
- Subluxación de articulación temporomandibular.

Manejo Ortodóncico

- Consultar con su médico tratante acerca de la estabilidad en la condición médica, el tipo de medicación usado y la historia de la enfermedad. Esto, para identificar el tipo de desorden y así determinar la extensión de la intervención ortodóncica.
- Explicar la posibilidad de laceraciones del tejido blando oral y el trauma dental que puede suceder durante el tratamiento odontológico si hay episodios de convulsión.
- La RMI puede tener distorsiones por el metal de los aditamentos ortodóncicos fijos. Por esto es recomendable remover cualquier parte ortodóncica que incluya ligaduras o arcos.
- Se recomiendan a estos pacientes brackets plásticos, cerámicos o de titanio.^{30 31}**
- El estrés, la luz y los sonidos pueden actuar como puntos gatillo, por lo tanto explicar los procedimientos, evitar el dolor y evitar el posicionamiento de la luz directamente en los ojos del paciente.
- El crecimiento gingival generado por fenitoina puede ser removido antes de iniciar el tratamiento ortodóncico. Si son recurrentes se debe consultar con su médico tratante para buscar una alternativa de medicación.

30 Sheller B. Orthodontic management of patients with seizure disorders. *Semin Orthod* 2004;10:247-51.

31 Fong GC, Mak YF, Swartz BE, Walsh GO, Delgado-Escueta AV. Body part asymmetry in partial seizure. *Seizure*

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y salud mental

Déficit de Atención y Desorden de Hiperactividad (ADHD)

Se caracteriza por falta de atención, impulsividad, olvido e inapropiada hiperactividad. Los niños con ADHD pueden tener alteración en el crecimiento debido a los medicamentos usados para su tratamiento. Una manifestación dental importante incluye una alta prevalencia de caries, hipoplasia de molares e incisivos, y tiene más riesgo de trauma dental.^{32 33}

Desórdenes de Alimentación

Bulimia y Anorexia nerviosa son los desórdenes de alimentación más comunes.

La Bulimia nerviosa se caracteriza por episodios de alimentación intercalados con comportamientos compensatorios, uso de purgantes voluntarios, enemas, uso de laxantes y excesivo ejercicio.

Y la Anorexia nerviosa se caracteriza por temor a padecer sobrepeso y la incapacidad de mantener el peso a más de 85% de expectativa. Las manifestaciones dentales incluyen erosión dental, caries dental, restauraciones oclusales elevadas, hipersensibilidad dentinal, xerostomía e hipertrofia de glándulas salivales.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- Comunicación permanente con su médico tratante.
- El ortodoncista y su equipo deben estar capacitados para detectar y manejar las emergencias que puedan ocurrir durante las citas del tratamiento ortodóncico.^{32 34 35}
- Requiere de interconsulta con el psiquiatra.
- Vigilar estricta higiene oral.
- El tratamiento ortodóncico como la activación y colocación de elásticos necesita más seguimiento e involucrar a sus padres y otros miembros de la familia.
- Citas cortas temprano en la mañana.
- Las instrucciones deben ser simples y claras.³²

32 Neeley II, Kluemper WW, Hays GTLR. *Psychiatry in orthodontics, part 1: typical adolescent psychiatric disorders and their relevance to orthodontic practice. Am J Orthod Dento facial Orthop* 2006;129:176-84.

33 Ukra A, Bennani F, Farella M. *Psychological aspects of orthodontics in clinical practice, part two: general psychosocial well-being. Prog Orthod* 2012;13:69-77.

34 Graber LW, Vanarsdall R, Vig K, Huang G, editors. *Orthodontics-e-book: current principles and techniques. 6th ed., St Louis: Elsevier Health Sciences; 2016.*

35 Patel A, Burden DJ, Sandler J. *Medical disorders and orthodontics. J Orthod* 2009;36:1-21.

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y enfermedad renal crónica

Consiste en el daño renal de más de tres meses de evolución definido como un daño estructural y funcional del riñón con o sin disminución de la tasa de filtración glomerular, Tasa de filtración glomerular menor a 30 ml/min.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

1. Reciben medicación que generan hiperplasia gingival, exacerbado por aparatología.
2. Exigir y vigilar higiene oral.
3. Hiperplasia gingival requiere cirugía solo si está controlada la enfermedad periodontal.
4. Mínimo tiempo posible aparatología fija.
5. Profilaxis antibiótica en colocación de bandas.
6. Analgésico más comúnmente usado acetaminofen que inhibe COX 3 a nivel de Sistema Nervioso Central
7. El acetaminofen no afecta movimiento ortodóncico
8. Uso de dosis habituales de acetaminofen en paciente renal (10mg/Kg/dosis; 2 gms día)
No modifica flujo sanguíneo renal, no modifica TFG (tasa de filtración glomerular).^{36 37 38}

Lesiones orales en pacientes con enfermedad renal crónica:

- Dolor oral 18.7%
- Edentulismo 20%
- Xerostomía 48.4%
- Periodontitis 56.8%

- Amoxicilina 2 gr vía oral para adultos, 50 mg/kg oral para niños.
- Alérgicos: Clindamicina 600 mg para adultos, 20 mg/kg para niños.

³⁶ Marinella Ruospo y cols Prevalence and severity of oral disease in adults with chronic kidney disease: a systematic review of observational studies. *Dial Transplant* 2014 29:364-375

³⁷ Jonathan Jair Mendoza-Reyes. Manejo del dolor en el paciente con insuficiencia hepática o renal. Vol. 37. 2014

³⁸ Donald Burden, Brian Mullally, Jonathan Sandler. Orthodontic treatment of patients with medical disorders. *European Journal Of Orthodontics* 23 (2001), 363-372

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y compromiso oncológico



SI EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA YA HABIA INICIADO PREVIO AL DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO: Retirar aparatología y suspender tratamiento.



Ortodoncia Indicada

Consideraciones ortodóncicas después del diagnóstico de Cáncer



1. Contactar al oncólogo tratante
2. Iniciar tratamiento cuando se finalice la quimioterapia y el paciente este en remisión (2 años)
3. Cualquier signo de infección o inflamación debe ser informado al oncólogo tratante.
4. Alto riesgo de caries por hiposalivación.
5. Se debe tener en cuenta cuidadosamente la conveniencia del tratamiento ortodóncico en pacientes con acortamiento radicular severo.^{39 40}

Ortodoncia y Carcinoma Escamocelular

845 casos nuevos de escamocelular en Colombia/año (Globoran 2018). Sexto cáncer mas común. 50% de tasas de mortalidad debido a dificultades en la detección en una etapa temprana. Principales factores de riesgo son el tabaquismo y el consumo de alcohol. Otros factores de riesgo incluyen antecedentes familiares de cáncer, hábitos alimenticios, infección por VPH, mala higiene bucal, **trauma local crónico** y predisposición genética.



Valoración periódica de lesiones:

"RULE" PARA DIAGNÓSTICO DE CANCER ORAL

- R: LESIONES ROJAS O BLANCAS
- U: ÚLCERAS
- L: MASAS
- E: EVOLUCIÓN MAYOR A 3 SEMANAS⁴¹

El ortodoncista y su equipo, por su control permanente del paciente, pueden detectar cambios en la mucosa oral e inmediatamente remitir al especialista indicado.

³⁹ Donald Burden, Brian Mullally and Jonathan Sandler. Orthodontic treatment of patients with medical disorders. *European Journal of Orthodontics* 23 (2001) 363-372

⁴⁰ P. Castellarin, A. Villa, A. Lissoni, G. Piergallini, and S. Abat. Oral cancer and mucosal trauma: a case series. *Ann Stomatol (Roma)*. 2013 Apr-Jun; 4(Suppl 2): 9-10.

⁴¹ Scully C. Rule for cancer diagnosis. *British Dental Journal*. 2013; 215:26

FLUJOGRAMA

Ortodoncia y VIH

El VIH es una infección ocasionada por retrovirus que infecta las células del sistema inmune incluyendo linfocitos T Helper (CD4 y macrófagos) y resulta en un síndrome de inmunodeficiencia adquirido.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- El ortodoncista puede ser el primero en detectar una posible infección por VIH si reconoce las primeras manifestaciones orales de la enfermedad.
- Las lesiones orales son usualmente detectadas primero en estos pacientes.
 - Leupoplasia.
 - Candidiasis oral, que se asocia a un alto nivel de virus y bajo número de células CD4.^{42 43}
- Neutropenia, inmunosupresión o trombocitopenia.
- Si se detecta alguna lesión oral durante el tratamiento se debe hacer la remisión al especialista pertinente.
- Acetaminofen y aspirina deben ser usadas con precaución.
- El acetaminofen puede producir anemia y granulocitopenia asociada con el uso de zidovudine (retrovir).**
- En caso de trombocitopenia, aspirina y AINEs no se deben usar.⁴⁴
- Los procedimientos de control de infecciones deben ser aplicados a todos los pacientes independiente de su estado de salud. Los pacientes pueden ser estimulados a usar elementos auxiliares de higiene como enjuagues antisépticos.



Ortodoncia contraindicada en pacientes con:

- Neutropenia
- Inmunosupresión
- Trombocitopena

⁴² Little JW, Miller CS, Rhodus NL, editors. *Little and falace's dental management of the medically compromised patient. 9th ed., St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc; 2018.*

⁴³ Shiboski CH, Chen H, Secours R, Lee A, Webster-Cyriaque J, Ghannoum M, et al. *High accuracy of common HIV-related oral disease diagnoses by non-oral health specialists in the AIDS Clinical Trial Group. PLoS One 2015;10:e0131001.*

⁴⁴ Moswin AH, Epstein JB. *Essential medical issues related to HIV in dentistry. J Can Dent Assoc 2007;73:945-8.*

FLUJOGRAMA

Otras condiciones

Ortodoncia y embarazo:



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- Los cuidados tienden a minimizar el potencial de respuesta inflamatoria exagerada relacionada al embarazo asociado con alteraciones hormonales.
- Control de biofilm debe ser meticuloso.
- El segundo trimestre es seguro para exodoncias.
- Evitar posición supina durante el embarazo. La hipotensión supina puede ocurrir por la obstrucción de la cava y la aorta. Esto genera reducción en el retorno sanguíneo al corazón disminuyendo la perfusión de la placenta. Esto puede prevenirse acomodando la paciente sobre su lado izquierdo o simplemente elevando el lado derecho 5 o 6 pulgadas durante el tratamiento.
- Evitar citas largas y estresantes.

FLUJOGRAMA

Otras condiciones

Ortodoncia y alergias:

La reacción alérgica es una de las respuestas del sistema inmune que reacciona de forma excesiva frente a otra sustancia. Las alergias en pacientes de ortodoncia incluyen:

- Alergia al Níquel: 10% a 30% de los pacientes.
- Alergia a resinas acrílicas.
- Alergia al látex.



Ortodoncia Indicada

Manejo Ortodóncico

- El ortodoncista debe identificar características clínicas de alergia al níquel:
 - gingivitis,
 - hiperplasia gingival,
 - descamación en los labios ,
 - eritema multiforme,
 - sensación quemante en la boca ,
 - sabor metálico y
 - queilitis angular.⁴⁵
- La mayoría de los pacientes son capaces de tolerarla.
- El acero inoxidable es un material seguro para usar en cavidad oral en casos de alergia al níquel.
- Brackets cerámicos, brackets de policarbonato y brackets de titanio, son materiales seguros.

FLUJOGRAMA

Otras condiciones

Ortodoncia y herpes virus:

Infección más frecuente que afecte el ser humano. Herpes muestra afinidad por: piel, mucosa y sistema nervioso, allí se queda latente en el ganglio de gasser después de una primo infección.



Ortodoncia Contraindicada en pacientes que lleguen con lesiones activas



Atención indicada después de doce días de pasado el evento infeccioso

CONCLUSIÓN

El Especialista en Ortodoncia necesita reconocer varias condiciones médicas y el impacto que estas puedan tener en el tratamiento ortodóncico.

El tratamiento se puede hacer ó habrá que posponerlo hasta tanto se controle o esté en remisión su condición médica o conocer los efectos colaterales de la terapia farmacológica que ellos reciban para ser minimizados. El consentimiento informado debe ser modificado de acuerdo a la condición médica que presenta el paciente y ser firmado antes de dar inicio al tratamiento.

La cooperación y constancia del paciente frente a los controles y monitoreo de parte del especialista son fundamentales para maximizar el éxito del tratamiento ortodóncico sin complicaciones.

CONSENTIMIENTO

INFORMADO PARA PACIENTES CON COMPROMISO SISTÉMICO



Ramiro Mejía Sanín

Ortodoncista . Docente posgrado Ortodoncia UAM.
Presidente de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia. INSAO.

Eliana E. Muñoz L.

Estomatóloga y Cirujana Oral
Docente asociada UAM. Miembro ACPO. INSAO.

CONSENTIMIENTO

INFORMADO PARA PACIENTES CON COMPROMISO SISTÉMICO

Ramiro Mejía Sanín

Ortodoncista . Docente posgrado Ortodoncia UAM.
Presidente de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia. INSAO.

Eliana.E. Muñoz L

Estomatóloga y Cirujana Oral
Docente asociada UAM. Miembro ACPO. INSAO.

Coautores:

Mateo Bustamante García
Laura Arango Jaramillo

Residentes Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial

Universidad Autónoma de Manizales

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente en tratamiento con bifosfonatos, antirresortivos o antiangiogénicos

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: Si usted está diagnosticado con alguna **osteoporosis** tenga en cuenta que:

- _ La pérdida ósea, inestabilidad de retención y la disfunción temporomandibular son características inherentes de la enfermedad.
- _ Medicamentos para su tratamiento como los estrógenos disminuyen la velocidad del movimiento de los dientes, sin embargo, no debe suspenderlos o podría producirse reabsorción del hueso alveolar y posiblemente de las raíces de los dientes.
- _ El uso de BIFOSFONATOS, ANTIRRESORTIVOS O ANTIANGIOGÉNICOS puede afectar el tratamiento de ortodoncia al inhibir los osteoclastos, disminuir la microcirculación y por lo tanto impedir el movimiento del diente, alterar la cicatrización ósea y causar OSTEONECROSIS de los maxilares.
- _ **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos** PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. **ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.**

MANIFIESTO QUE

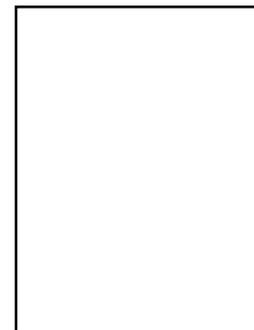
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones **ACEPTO**.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con enfermedades autoinmunes

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: si usted está diagnosticado con **Artritis, Lupus u otra enfermedad autoinmune** tenga en cuenta que:

__ El diagnóstico del lupus eritematoso genera un mayor riesgo de infección por la terapia farmacológica a la que está siendo sometido y las lesiones en la mucosa oral que se pueden producir.

__ La artritis reumatoide del adulto puede destruir el proceso condilar y provocar deformidades no relacionadas con su tratamiento ortodóncico.

__ Los cambios degenerativos que produce la osteoartritis en la articulación temporomandibular pueden inducir problemas oclusales.

__ **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS** por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. **ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.**

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con cardiopatía y/o endocarditis infecciosa

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: Si usted está diagnosticado con alguna **cardiopatía y/o endocarditis infecciosa** tenga en cuenta que:

__ En caso de requerir algún procedimiento como exodoncias, colocación inicial de dispositivos ortodóncicos (bandas), higiene profiláctica de los dientes o cualquier intervención en la que se manipule la mucosa oral, requerirá de profilaxis antibiótica.

__ Debe comprometerse a mantener una ejemplar higiene oral ya que es su responsabilidad protegerse.

__ **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos** PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con enfermedad hepática

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: si usted está diagnosticado con alguna **enfermedad hepática** tenga en cuenta que:

- _ Si su tratamiento ortodóncico requiere extracciones, el riesgo de sangrado puede aumentar.
- _ Debe tener cuidado si consume medicamentos como el acetaminofén, pues este es metabolizado en el hígado y podría generarle hepatotoxicidad.
- _ **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS** por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. **ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.**

MANIFIESTO QUE

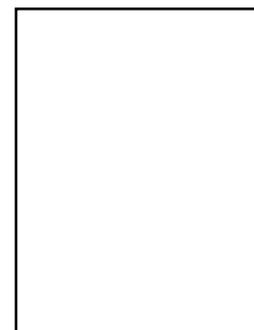
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con diabetes

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: Si usted es un paciente diagnosticado con **diabetes** tenga en cuenta que:

— Si no está debidamente controlado existe la posibilidad que, con el tratamiento de ortodoncia, se aumente el deterioro de los tejidos periodontales pudiendo incluso llegar a la pérdida de dientes, por lo que muy posiblemente deberá asistir a controles regulares con su periodoncista.

— La microangiopatía relacionada con la diabetes puede afectar el suministro vascular periférico, lo que resulta en dolor dental inexplicable, sensibilidad a la percusión e incluso pérdida de vitalidad con lo cual requerirá de tratamiento por parte de otras especializaciones odontológicas.

— Debe comprometerse a mantener una ejemplar higiene oral ya que es su responsabilidad protegerse.

— **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS** por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. **ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.**

MANIFIESTO QUE

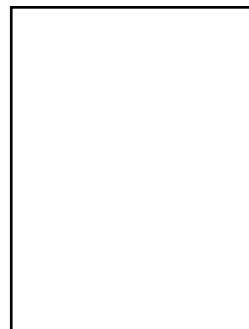
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con trastorno pulmonar

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: si usted está diagnosticado con **Asma, Bronquitis** tenga en cuenta que:

- _ Si tiene asma, bronquitis deberá traer con usted a la consulta el inhalador o nebulizador.
- _ En caso de tuberculosis activa UNICAMENTE se le realizarán tratamientos de urgencia.
- _ Manifestaciones orales como candidiasis, disminución flujo salival, aumento de cálculo, aumento de gingivitis y de la enfermedad periodontal, son características de su enfermedad y no están relacionadas con el tratamiento ortodóncico.
- _ **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos** PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.

MANIFIESTO QUE

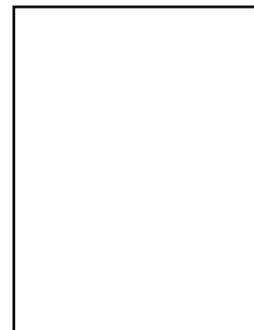
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con enfermedades tiroideas

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: si usted está diagnosticado con **Hipertiroidismo o Hipotiroidismo** tenga en cuenta que:

__ **El hipertiroidismo** puede generar un alto recambio óseo aumentando la cantidad de movimiento de los dientes en comparación con el estado normal o de bajo de recambio óseo en pacientes adultos.

__ **El hipotiroidismo** puede disminuir su recambio óseo, lo que puede dar lugar a una mayor reabsorción radicular.

__ **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos** PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.

MANIFIESTO QUE

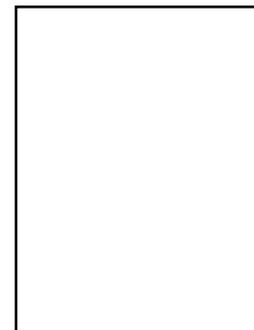
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con trastornos convulsivos

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: si usted está diagnosticado con algún **trastorno neurológico convulsivo** tenga en cuenta que:

— Algunos de los medicamentos utilizados para su tratamiento pueden causar inflamación, sangrado de encías o hipertrofia gingival; deberá realizar un cepillado riguroso con masajes en las encías.

— El sobrecrecimiento gingival asociado con la fenitoína es la complicación más conocida de la medicación antiepiléptica. Podrá requerir de una gingivectomía para eliminar cualquier tejido hiperplásico que interfiera con la apariencia o la función.

— **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS** por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. **ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.**

MANIFIESTO QUE

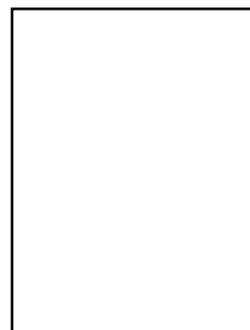
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones **ACEPTO**.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la atención ortodóncica de paciente con enfermedad renal

Riesgos y posibles complicaciones de su tratamiento: Si usted está diagnosticado con alguna **enfermedad renal o glomerulonefritis** tenga en cuenta que:

- _ Si está en tratamiento de diálisis y requiere exodoncia como parte de la ortodoncia requerirá postergar la extracción para un día después de la diálisis.
- _ Su médico tratante podrá evaluar la coagulación y utilizar antibióticos para prevenir infección.
- _ Usted puede presentar sobrecrecimiento gingival secundario a la terapia inmunosupresora. El sobrecrecimiento gingival puede impedir el movimiento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia. La gingivectomía debe considerarse solo con la enfermedad periodontal controlada.
- _ **Cualquier otro diagnóstico sistémico no mencionado anteriormente o el consumo de medicamentos** PRESCRITOS Y NO PRESCRITOS por su médico general o especialista pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. ES IMPRESCINDIBLE QUE INFORME A SU ORTODONCISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN SU ESTADO DE SALUD GENERAL.

MANIFIESTO QUE

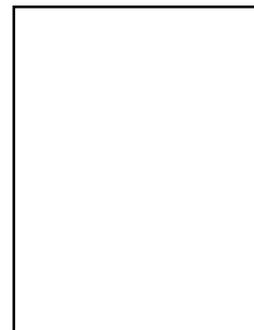
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Para cirugía primero

Se me han explicado los beneficios de mi cirugía, y he sido advertido (a) sobre riesgos previstos y consecuencias que pueden derivarse de la intervención. Declaro que he recibido explicaciones satisfactorias sobre el procedimiento que me realizarán y que me han aclarado las dudas que he tenido.

Además el cirujano maxilofacial me ha reiterado que pueden haber otros procedimientos que él estime necesario o aconsejable para completar el tratamiento planificado. Así mismo, estoy de acuerdo en que, con estos fines, se utilicen anestésicos locales o generales y demás medicamentos, según lo estime conveniente el doctor y/o el anesthesiólogo.

He sido claramente informado que la cirugía primero es una cirugía electiva. Aunque la cirugía primero podría mejorar la calidad de vida física y psicológicamente, es un procedimiento opcional. Entiendo que este procedimiento puede retrasarse, puede reemplazarse por otro o puedo elegir no someterme a ninguna terapia. Las alternativas terapéuticas a la cirugía primero son un abordaje de ortodoncia no quirúrgico, un abordaje quirúrgico o no llevar a cabo ningún tratamiento terapéutico. Entiendo que un enfoque de ortodoncia no quirúrgico no permite la corrección de la deformidad dento esquelética diagnosticada.

He sido claramente informado que la cirugía primero presenta varias ventajas en comparación con las otras alternativas terapéuticas. La principal ventaja de este procedimiento es la posibilidad de reducir o eliminar el tratamiento de ortodoncia prequirúrgica, lo que evita el empeoramiento de la estética facial en el paciente.

Además, la cirugía primero produce resultados instantáneos y reduce la duración del tratamiento de ortodoncia posquirúrgica. También permite que la fecha de la cirugía se determine de inmediato. A pesar de estas ventajas, el resultado no puede garantizarse y el resultado postoperatorio podría ser peor que la condición prequirúrgica. También existe un mayor riesgo de trastorno postoperatorio de la articulación temporomandibular en comparación con el enfoque tradicional utilizado en la cirugía ortognática.

He sido claramente informado que no puedo abandonar el tratamiento hasta que el cirujano y el ortodoncista hayan finalizado el primer procedimiento quirúrgico. El abandono de la terapia antes de su conclusión puede aumentar el riesgo de recidiva y si decido abandonar el tratamiento asumo toda la responsabilidad de mi decisión.

He sido claramente informado de cuáles son mis problemas; sus alternativas de tratamiento, los beneficios y sus eventuales complicaciones dentro de las que se encuentran: dolor, infección, aumentos de volumen (hinchazón); hemorragia, que pudiera ser profusa y prolongada; disminución o pérdida de sensación en labios, lengua, encías, paladar, mentón, dientes u otras zonas de la cara, así como alteración en la inervación que compromete el olfato, gusto, habla, secreción salivar o lagrimal lo que pudiera ser temporal o permanente; imposibilidad de mover músculos de la cara por tiempo indeterminado; cambios en la oclusión (mordida) o dificultad en los movimientos de la articulación temporomandibular, resultado estético no acorde con las expectativas del paciente, cambios en la apariencia de la nariz o desviación del tabique. En casos de asimetrías dentales o faciales existe la posibilidad de que no se corrijan completamente en la primera

intervención siendo en algunos casos necesaria una segunda cirugía para su corrección. Además entiendo que en ocasiones puede haber cierto grado de asimetría, la cual no es posible co-

rregir completamente.

Otras complicaciones que pueden ocurrir son reacciones alérgicas, fracturas óseas, retardo en la cicatrización, necesidad de otros procedimientos quirúrgicos y daño en los dientes cercanos al área de la cirugía. Además se me ha explicado que pudiera ser necesario fijación intermaxilar con alambres (dientes amarrados) y sus posibles problemas, incluyendo dificultad para la alimentación, fonación e higiene oral.

He tenido oportunidad de conversar con el Dr. _____ en detalle mi historia médica anterior. Me comprometo a seguir las indicaciones dadas por el equipo tratante, no ingerir bebidas alcohólicas, ni tomar fármacos no prescritos previo a la cirugía, evitar contacto con personas que padezcan enfermedades infectocontagiosas y abstenerme de actividades físicas bruscas por lo menos 15 semanas.

Por último entiendo que existen ciertos riesgos con mínima posibilidad de ocurrencia reportados en la literatura médica que incluyen, muerte del paciente, alteraciones en la visión incluyendo ceguera, hemorragias o hipoxia cerebral, formación de trombos o coágulos que pueden comprometer estructuras vitales como el cerebro o pulmón. igual que existen ciertos riesgos anestésicos, que pueden incluir riesgos vitales, inherente a cualquier procedimiento quirúrgico con anestesia general.

MANIFIESTO QUE

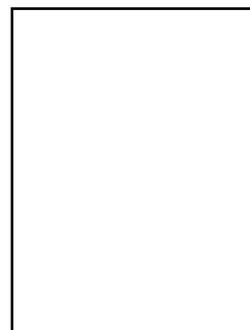
He leído y comprendido perfectamente lo anterior y que se me han resuelto todas mis dudas e inquietudes con respecto a la cirugía.

En caso de requerir reintervención quirúrgica o presentar alguna complicación entiendo que debo asumir los gastos hospitalarios, medicamentos, materiales y exámenes de diagnóstico o laboratorio que se requieran, así como los honorarios de los especialistas que se requiera participen en los procedimientos en caso de que mi seguro médico no los cubra.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para el paciente de ortodoncia. riesgos y limitaciones del tratamiento

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, tal como sucede en todas las artes médicas, existen riesgos y limitaciones

Raras veces son estos suficientemente graves como para contraindicar el tratamiento ortodóncico. 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.

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL ES LA ESPECIALIDAD DENTAL QUE INCLUYE EL DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN, INTERCEPCIÓN Y CORRECCIÓN DE LA MALOCLUSIÓN, ASÍ COMO TAMBIÉN LAS ANORMALIDADES 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.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrolla tal como se planifica y tratamos de hacer todo lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizar 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 y el nivel de cooperación de este. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del mismo, aunque este puede extenderse si, por ejemplo, ocurre un crecimiento imprevisto o si existen hábitos que afectan las estructuras dentofacial, 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 trata-

miento 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 periodo de adaptación durante el cual habrá molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este periodo 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 pueden requerir tratamiento de ortodoncia adicional o en algunos casos, cirugía. Algunas 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.

CIRUGIA ORTOGNÁTICA

Algunos pacientes presentan desarmonías esqueléticas significantes que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortognática (dentofacial). Existen riesgos adicionales relacionados con esta cirugía de los que usted deberá conversar 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 mal oclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento.

DESCALCIFICACION 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.

REABSORCIÓN 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 que 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.

DAÑO DEL NERVI

Dientes que han sufrido trauma debido a un accidente o caries profunda pueden haber experimentado daño a su nervio. Es posible que, en algunos casos, el movimiento ortodóncico agrave esta situación. En algunos casos puede ser necesario realizar tratamientos de conductos. En casos graves, se pueden perder los dientes.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal (encia 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 debe ser interrumpido 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).

Cuando se retiran 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 involucrado/s.

ARCOS EXTRAORALES

Los arcos faciales pueden causar lesiones al paciente, tales como daño al rostro o a 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 sean 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 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 es 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, transplante quirúrgico o reemplazo protésico.

AJUSTE OCLUSAL

Puede haber mínimas imperfecciones en la manera en 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. Así mismo, 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, o la ausencia de alguno de ellos, 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 adicional.

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.

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.

PROBLEMAS DE SALUD EN GENERAL

Los problemas de salud en general tales como enfermedades de los huesos, sangre o trastornos endocrinos 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 debe 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 o mini placas fijados al hueso). Existen riesgos específicos relacionados a ellos.

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

Es posibles que el tejido que se encuentra alrededor del mini implante se inflamase o se infectase o que el tejido blando creciese cubriendo el mini implante, lo que requerirá que se retirase, o una escisión quirúrgica del tejido, y/o el uso de antibióticos 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 los mini implantes, puede dañarse la raíz de un diente, un nervio o que se perfora el seno maxilar. Por lo general, estos problemas no son significantes; no obstante, pudiese ser necesario un tratamiento dental o medico adicional.

La anestesia local usada cuando se insertan o retiran estos aparatos también tiene riesgos. Le recomendamos avisarle al doctor quien pondrá el mini implante si usted ha tenido problemas con anestesis 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. Así mismo 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 él, o los ortodoncistas abajo firmanles y que tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Me solicitaron que hiciera la elección acerca de mi tratamiento,

Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto y autorizo a él, o los ortodoncistas que se indican a continuación para que provean el tratamiento. Así mismo autorizo 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 solo 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 médicos mencionados anteriormente, y donde corresponda, al personal que prestará el tratamiento de ortodoncia prescrito por los médicos mencionados para la persona arriba mencionada. Entiendo por completo todos los riesgos relacionados con el tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION 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 tendrá responsabilidad alguna por cualquier divulgación en el futuro hecha por la persona que reciba esta información.

CONSENTIMIENTO PARA USAR LOS REGISTROS DIAGNÓSTICOS

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.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para pacientes con compromiso periodontal

Se ha determinado que usted puede ser un paciente con riesgo de enfermedad periodontal (tejidos de soporte del diente). Debe ser consciente que la salud de sus dientes y encías puede afectar el resultado de su tratamiento de ortodoncia. La enfermedad periodontal es una infección bacteriana grave, que destruye las fibras de soporte del hueso que sostiene a los dientes en boca. Esta enfermedad puede conllevar a la pérdida de dientes.

Durante el tratamiento ortodóncico debe continuar sus visitas regulares al odontólogo general y PERIODONCISTA. Es esencial que siga las instrucciones en cuanto a higiene oral, medicamentos y citas de control; de no seguirlas correrá el riesgo de perder uno o más dientes. Aunque la principal causa de la enfermedad periodontal son las bacterias que atacan las encías y hueso, hay otros factores que pueden causar o agravar la enfermedad: El tabaco en cualquier forma, hace que las encías sean más propensas a la enfermedad periodontal. No debe fumar ni masticar tabaco, mientras se realiza el tratamiento ortodóncico. El estrés, la mala higiene oral y la genética también se han relacionado con la enfermedad periodontal. Si usted tiene enfermedad periodontal incontrolada, los dientes no podrían moverse acorde al tiempo estimado del tratamiento ortodóncico, o podría regresar más rápido a su posición original después de completado el tratamiento ortodóncico. Dependiendo del caso, en ocasiones, hasta no controlar la enfermedad periodontal no se cementarán los brackets. Si no se controla la enfermedad periodontal, las encías podrán presentar infecciones localizadas (hasta abscesos periodontales) que son muy destructivos para el hueso subyacente. Se pueden prescribir antibióticos vía oral, o se aplicarán tópicos en la zona afectada. La enfermedad periodontal puede ser muy difícil de controlar. Es posible que incluso siguiendo todas las recomendaciones del odontólogo general, su enfermedad periodontal empeore durante o después del tratamiento ortodóncico. En el peor de los casos, podría perder uno o más dientes.

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la Fase I del tratamiento de ortodoncia-ortopedia

YO _____ de ____ años de edad, con documento de identidad N° _____ actuando en nombre propio y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente como representante legal de _____ parentesco _____ DECLARO que en entrevista realizada el día ____ mes ____ año ____ que he sido debidamente INFORMADO/A y se me han explicado en términos claros los DIAGNÓSTICOS _____

Y de las alternativas de TRATAMIENTO que se me va a realizar, necesidad y beneficios: _____

Entiendo y estoy de acuerdo con esta **FASE I**, del tratamiento de ortopedia maxilar y/o ortodoncia interceptiva. Soy consciente de que esto **NO SIGNIFICA** que se evitará un tratamiento de ortodoncia posterior a este, que servirá como refuerzo adicional. Se considerará una segunda fase (**FASE II**) de detalle y acabado de los dientes con brackets superiores e inferiores cuando todos los dientes permanentes estén completamente erupcionados. Soy consciente, que la segunda fase del tratamiento tiene un costo adicional **Y NO ESTA INCLUIDO EN EL ACTUAL TRATAMIENTO DE PRIMERA FASE.**

Acepto la toma de fotografías y rayos X antes, durante y después del tratamiento, ya que son parte necesaria del procedimiento de diagnóstico y mantenimiento de registros..

MANIFIESTO QUE

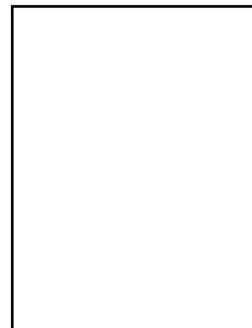
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para paciente en rehabilitación oral

Usted presenta algún tipo de tratamiento de restauración dental entre podemos incluir: resinas, amalgamas, coronas cerámicas, prótesis, etc. De los dientes: _____

De acuerdo a esta condición deberá tener en cuenta los siguientes riesgos y/o complicaciones:

__ Un diente con antecedente de trauma por un accidente o que requirió una restauración de gran tamaño, puede verse afectado en algunos movimientos del tratamiento ortodóncico.

__ Es posible que al retirar los brackets ocurra un daño en la obturación, una fisura del esmalte o una fractura coronal.

__ Después de retirada la aparatología las coronas dentales, restauraciones en resina o cerámicas pueden resultar con cambio de color debido a los adhesivos utilizados durante la cementación.

__ Como consecuencia de un tratamiento ortodóncico las restauraciones fijas (coronas, prótesis fijas) pueden desadaptarse y desalojarse. Estas deben ser reemplazadas una vez finalizado el tratamiento. En este caso el paciente debe asumir los costos adicionales.

__ Para garantizar el éxito del tratamiento de rehabilitación y ortodoncia, se debe mantener una buena higiene oral de los dientes, coronas o las prótesis y acudir a los controles para observar su estado, realizar adaptaciones, corregir desajustes provocados por los cambios creados en el tratamiento ortodóncico y los que ocurre con el paso del tiempo.

__ Debido a la gran variación de tamaño y forma de los dientes, el logro del resultado ideal podría requerir desgaste dental (recontorneado o stripping) o tratamiento restaurativo (coronas, resinas o carillas). En este último el paciente debe asumir los costos adicionales.

__ Si en el momento del procedimiento surgiera alguna complicación imprevista, el equipo odontológico, podrá realizar tratamientos, medidas adicionales o variar la técnica que conduzca al mejoramiento de mi salud oral, que ocasionará cambios en el presupuesto.

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para paciente con tratamiento endodóntico

Usted presenta algún tipo de tratamiento endodóntico de los dientes: _____

De acuerdo a esta condición deberá tener en cuenta los siguientes riesgos y/o complicaciones:

___ El movimiento de los dientes de ortodoncia se basa en la aplicación de fuerza a los dientes en un cierto período de tiempo que puede variar entre meses y años. Este movimiento inevitablemente provoca reacciones biológicas en el ligamento periodontal y la pulpa.

___ El movimiento de ortodoncia de los dientes inducirá cierto grado de inflamación pulpar y periodontal transitoria.

___ Los dientes tratados con endodoncia se pueden mover con ortodoncia tan fácilmente como los dientes vitales, gracias al uso de fuerzas ligeras.

___ Tanto los dientes vitales como los tratados con endodoncia sufren cierto grado de reabsorción radicular, la cual es inevitable, indeseable e irreversible. El grado de la misma depende de presencia de lesión periapical, morfología de la raíz, resorción radicular previa, susceptibilidad individual, y predisposición genética.

___ La anquilosis o una lesión del ligamento periodontal pueden limitar el movimiento dental.

___ Antecedentes de trauma o injurias continuas como caries pueden provocar la pérdida de vitalidad de la pulpa.

___ Los dientes que fueron sometidos a traumatismos son más sensibles al movimiento de ortodoncia, por lo que las evaluaciones clínicas y radiográficas deben realizarse con cuidado antes de aplicar la fuerza a estos dientes.

___ El movimiento del diente de ortodoncia es posible en dientes previamente traumatizados. Ciertas lesiones como la luxación intrusiva y la avulsión pueden tener un mayor riesgo de secuelas negativas, como la resorción inflamatoria de la raíz y la anquilosis.

___ Es importante completar el tratamiento de los dientes que necesitan tratamiento endodóntico con una cuidadosa evaluación clínica y radiográfica antes del tratamiento de ortodoncia.

___ Un tratamiento endodóntico exitoso es imprescindible para un movimiento ortodóntico exitoso. La calidad del tratamiento previo del conducto radicular, la salud de la membrana periodontal y la aplicación cuidadosa de las fuerzas de ortodoncia son algunos de los factores que requieren atención durante el tratamiento.

___ Si hay una falla en los dientes con el tratamiento endodóntico, al que se aplica fuerza de ortodoncia meses o años después, no debe estar relacionado con el movimiento dental aplicado.

___ En los casos en que el tratamiento del conducto radicular se ha llevado a cabo como resultado de una necrosis pulpar debido a caries, el movimiento de ortodoncia dental puede comenzar de inmediato, en ausencia de síntomas.

___ Donde ha habido pérdida ósea, el movimiento de los dientes debe retrasarse hasta que haya signos clínicos y radiográficos de alguna curación.

___ Cuando la terapia endodóntica se ha llevado a cabo después de un traumatismo dental, se recomienda un intervalo de 1 año antes de continuar con el tratamiento de ortodoncia para aumentar la probabilidad de curación completa y la ausencia de anquilosis.

___ Las bandas y accesorios de ortodoncia pueden ocultar la detección de caries clínica y radiográficamente, así como evitar una respuesta precisa con medidores de pulpa eléctricos y térmicos.

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Guía para el adecuado uso de sus aparatos y el cuidado durante el tratamiento de ortodoncia

Usted está a punto de iniciar su tratamiento de ortodoncia, durante el cuál debe tener en cuenta:

Que debido a los delicados aparatos que tendrá en boca, es su responsabilidad ser cuidadoso y evitar los alimentos que podrían causarles daños. La experiencia ha demostrado que se puede seguir comiendo una dieta normal, sin embargo, ciertos alimentos pueden doblar o romper los alambres y los brackets, aumentando el tiempo y el costo de su tratamiento. Dado que el daño generalmente es completamente evitable, se le permitirá(n) #_____ bracket(s) roto(s), después de lo cuál habrá una tarifa de reemplazo de \$_____ por bracket. Usted recibirá una lista de los alimentos que no debería comer durante el tratamiento.

HIGIENE ORAL

Ahora que empieza a usar aparatos ortodóncicos es muy importante tener una buena higiene oral. Deberá cepillarse los dientes inmediatamente después de comer.

Los dulces y bebidas altas en azúcar entre comidas son particularmente perjudiciales. Debe hacer todo lo posible por eliminar la mayor cantidad de carbohidratos pues son causantes de descalcificación y caries. Se aconsejan chicles y refrescos sin azúcar. Si consume dulces, debe lavarse los dientes inmediatamente.

El cepillado dental debe ser hecho de la manera en que nosotros le indicamos. Por favor, pregunte si no está seguro con respecto a la técnica de cepillado dental y el uso de los elementos auxiliares de higiene oral. Tenga especial cuidado con las áreas entre los brackets y las encías que deben estar siempre limpias y brillantes. Si hay alimentos que permanecen en estas áreas podrán producirse descalcificaciones que solo podrán hacerse evidentes DESPUÉS de que se retiren los brackets.

Si se come algún alimento ácido no se debe cepillar los dientes hasta una hora después de ingerido el alimento.

Debe llegar a la cita de control de ortodoncia recién cepillado y limpio.

IRRITACIÓN E INCOMODIDAD DEL BRACKET

Los brackets pueden irritar los labios por unos días, pero después de un corto tiempo su boca se adaptará.

Colocar pequeñas cantidades de cera sobre la parte de la aparatología que está causando irritación puede ayudar a llevar a cabo este proceso de adaptación.

Sus dientes estarán más sensibles y adoloridos con cada control realizado. Puede tomar un acetaminofén.

Si la irritación se debe al alambre, intente ubicar la parte que causa el dolor e intente empujarlo suavemente hacia una mejor posición. Si el dolor persiste entonces coloque cera.

Si se suelta o rompe un bracket, llame al consultorio.

Usualmente hay muy pocas urgencias reales en un tratamiento ortodóncico. Un bracket roto o caído puede dejarse en el alambre y recubrirse con cera.

Los dientes se mueven mejor con fuerzas suaves pero continuas, por lo que se deben realizar controles cada tres a seis semanas. Los dientes tienen su propia velocidad de movimiento y no pueden ser "acelerados" con citas de controles más frecuentes. Tomar demasiado tiempo entre cada cita de control puede causar una "sobre corrección" o incluso la interrupción del movimiento.

Gracias por su cooperación en seguir estas importantes instrucciones. Solo con su ayuda podremos lograr mejores resultados en una cantidad adecuada del tiempo.

NO COMER LOS SIGUIENTES ALIMENTOS MIENTRAS ESTE USANDO BRACKETS.

1. Dulces sólidos: bombones, mentas.
2. Hielo: tampoco intente succionarlo, puede causar "agrietamiento" del esmalte dental.

3. Crispetas y mazorcas.
4. Chicharrón o arepa tostada.

No llevar lápices o lapiceros a la boca.
No llevar los dedos a la boca.

TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INDICACIONES

Corte en TROZOS pequeños: alimentos como manzanas, zanahorias u otras frutas y verduras.

Pregúntese a si mismo: "¿Es este un objeto o alimento duro?, ¿Romperá mis aparatos o brackets?".

Recuerde: Solo tiene permitido # _____ de reparación(es) de bracket(s) SIEMPRE Y CUANDO lo conserve y entregue a su doctor el día de su cita. Después de esta cantidad, le costará \$ _____, más su tiempo adicional e incomodidad para las reparaciones.

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago total del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Guía de recomendaciones para el uso de elásticos intermaxilares

Los elásticos mueven los dientes en una dirección que no se puede lograr únicamente con los aparatos ortodóncicos.

Es posible que sus dientes y maxilares estén sensibles durante los primeros días de uso de los elásticos, esto es normal y debería empezar a desaparecer dentro de una semana. Si esto persiste más allá de lo normal, por favor llámenos.

Puede realizar enjuagues con agua tibia y sal que ayudarán a disminuir la sensibilidad.

Puede parecer difícil ponerse los elásticos al principio, sin embargo, será más fácil con la práctica.

El uso de los elásticos debe ser constante para que sea efectivo. 24 horas por día por 7 días a la semana

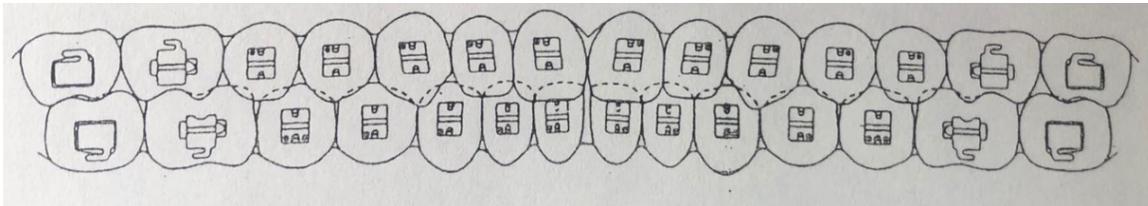
Los elásticos se pueden retirar solo en el momento de comer las comidas principales del día o cepillarse los dientes. Déjelos puestos si se va a comer una merienda. Asegúrese de reemplazar los elásticos una vez por día. El uso a medio tiempo no mueve los dientes, pero sí hace que estén constantemente con dolor.

Cambie los elásticos rutinariamente incluso si no están rotos. Después de un tiempo, los elásticos pierden su fuerza. Si uno de los elásticos se rompe, reemplácelos en **ambos lados**.

Lleve elásticos extra con usted en todo momento. Si no tiene suficientes elásticos hasta el próximo control, por favor pase por el consultorio para que le entreguemos más.

El uso de los elásticos es una clave importante para la velocidad de su tratamiento y los resultados finales que podemos lograr.

El siguiente diagrama muestra la colocación correcta de los elásticos. Por favor llámenos si tiene alguna pregunta o inquietud. Buena suerte con los elásticos.

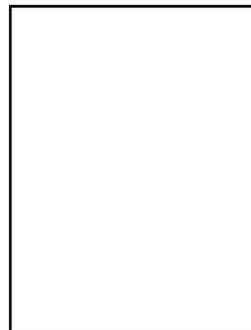


1/8 L M H 3/16 L M H 1/4 L M H 5/16 L M H

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

SOLICITUD

De abandono al tratamiento de ortodoncia

YO _____ de ____ años de edad, con documento de identidad N° _____ actuando en nombre propio y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, como representante legal de _____ parentesco _____ SOLICITO el día ____mes ____año ____ la SUSPENSIÓN de mi tratamiento de ortodoncia.

Autorizo al doctor _____ y a su equipo a remover todos y cada uno de los aparatos de ortodoncia.

Además, reconozco las posibles consecuencias adversas de la interrupción del tratamiento de ortodoncia en este momento, y han sido explicadas en su totalidad y entendidas por mí.

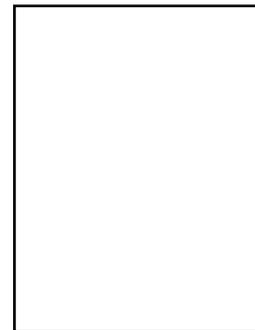
El ortodoncista tratante ha respondido a todas mis preguntas. Entiendo que las posibles condiciones perjudiciales que pueden ocurrir incluyen, entre otras, las siguientes: recidiva (apertura de espacios o regreso del apiñamiento), desplazamiento de la oclusión actual (mordida) y problemas de la articulación temporo-mandibular.

Estoy totalmente de acuerdo en no responsabilizar al doctor _____ o a su equipo de ninguna manera, por cualquier cambio que pueda tener lugar como resultado de la interrupción del tratamiento de ortodoncia.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado suplementario para diente o dientes impactados, incluidos, retenidos y/o enclavados

Hemos determinado que uno o más de sus dientes permanentes no han erupcionado en boca. Un diente que está atrapado dentro del hueso circundante se llama diente impactado, incluido o retenido. En la mayoría de los casos, estos dientes pueden alinearse con éxito. Sin embargo, debe tener en cuenta que puede surgir cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Su ortodoncista podría recomendar tomarse uno o varios estudios diagnósticos adicionales (radiografías especiales, tomografías) para ayudar a determinar la posición exacta del diente impactado y de las estructuras circundantes.

2. Es posible que se necesiten estudios de diagnóstico adicionales durante el tratamiento de ortodoncia para determinar la posición y el estado de los dientes afectados.

3. Para alinear un diente impactado, se debe hacer una remisión a un cirujano oral o periodoncista (especialista encargado de los problemas de encías y hueso) para que descubra el diente o los dientes impactados, retenidos, incluidos, enclavados y / o se coloque un accesorio temporal en los dientes o diente. Las tarifas por los servicios prestados por otros especialistas son independientes y adicionales a las tarifas del tratamiento de ortodoncia.

4. Si se hace dicha remisión, usted debe hablar con el especialista sobre otros posibles riesgos y limitaciones de dicho procedimiento.

5. Existe la posibilidad de que si se coloca un accesorio temporal en los dientes o dientes impactados, podría desprenderse durante el tratamiento de ortodoncia. El cirujano oral o el periodoncista podrían tener que reemplazarlo, requiriendo un segundo procedimiento quirúrgico y esto podría tener un costo adicional.

6. En casos raros, un diente impactado podría fusionarse con el hueso circundante (anquilosis) y podría no moverse con la ortodoncia. Si es así, la exodoncia de los dientes impactados puede ser necesaria. En algunos casos, el espacio puede cerrarse con un tratamiento de ortodoncia adicional después de que el diente anquilosado se haya removido quirúrgicamente.

7. En otros casos, es posible que se deba extraer quirúrgicamente el diente anquilosado y ser reemplazado. Los costos adicionales para el reemplazo del diente son separados de la tarifa de su tratamiento de ortodoncia.

8. Un diente impactado podría haber causado daños en los dientes adyacentes que no son evidentes hasta que se mueven los dientes o diente. Además, si se mueve un diente impactado, podría empujar o presionar contra las raíces de los dientes adyacentes y dañarlos. Esta complicación puede ser inevitable debido a la posición del diente impactado. La raíz del diente impactado también puede acortarse durante el movimiento. En casos severos, uno o más dientes pueden perderse debido al acortamiento de la raíz.

9. Durante el movimiento de un diente impactado, el nervio del diente impactado o los dientes adyacentes podrían dañarse. Esta aparición puede ser inevitable debido a la posición del diente impactado. Un tratamiento de conductos o endodoncia podría requerirse.

Los costos adicionales para el tratamiento de conductos son separados de la tarifa de su tratamiento de ortodoncia.

10. Si el diente impactado se alinea, podría ser evidente que el diente tiene una forma o color diferente al de los dientes adyacentes. Puede elegir pedirle a su odontólogo general que le brinde una corrección estética. Los costos adicionales por la corrección estética son separados de la tarifa de su tratamiento de ortodoncia.

11. Cuando la alineación del diente impactado es finalizada, la línea de la encía a lo largo del diente impactado anteriormente y los dientes adyacentes pueden ser desiguales. Los dientes impactados a menudo experimentan un poco de recesiones gingivales durante la alineación. Si se puede mejorar la apariencia de la línea de la encía, puede requerirse el servicio de otro especialista dental. Los costos son independientes y adicionales a la tarifa de ortodoncia.

MANIFIESTO QUE

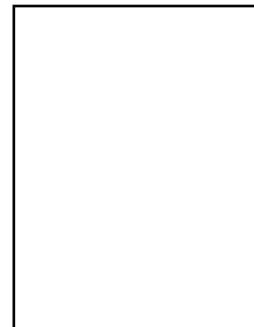
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para brackets cerámicos y polizafiro (estéticos)

Los brackets de cerámica se han diseñado para mejorar la estética, especialmente en pacientes adultos. Estos modernos aparatos han ayudado a muchos pacientes adultos a recibir los beneficios del tratamiento de ortodoncia sin que sea obvio que están en tratamiento.

Sin embargo, debido a su naturaleza frágil, los brackets de cerámica y polizafiro se rompen ocasionalmente, más fácilmente que los brackets de metal, lo que podría prolongar el tiempo de tratamiento si se producen múltiples fracturas de los brackets. Por lo tanto, la dieta blanda es necesaria.

Los brackets de cerámica en los dientes inferiores pueden causar el desgaste de los dientes superiores si están en contacto, o si el paciente es un apretador o bruxómano.

El daño en los dientes incluye: agrietamientos, fracturas y desgastes; estos pueden ocurrir, pero no es común. Una vez más, estos son riesgos potenciales que queremos que tenga en cuenta antes de tomar la decisión final.

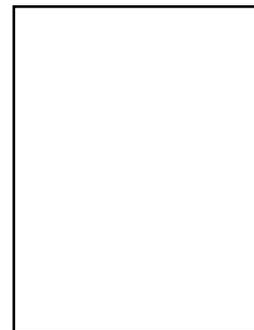
MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para gingivoplastia con láser

Su ortodoncista ha recomendado un tratamiento con láser para mejorar la estética o el resultado de su tratamiento de ortodoncia. En general, el uso de láser para tratar el tejido oral es un procedimiento seguro y predecible. Como con cualquier procedimiento, el resultado no puede ser garantizado.

Ocasionalmente, el tratamiento con láser puede usarse para mejorar la apariencia de los dientes individualmente al alterar la línea de las encías o el margen de las encías. Si se usa un láser de tejido blando para este propósito, al curarse, el nivel de la línea de la encía podría no ser perfectamente simétrica. Si es necesario, a menudo se puede mejorar con un tratamiento con láser adicional o con un periodoncista. En ocasiones, el tratamiento con láser puede usarse para mejorar la apariencia de los dientes individuales al alterar su forma o tamaño.

Se aplicará un anestésico tópico y / o anestésico local a la encía antes del procedimiento.

Las gafas protectoras deben ser usadas por todas las personas cerca del láser. De lo contrario, se pueden producir lesiones oculares permanentes.

El tratamiento con láser en áreas cercanas a grandes vasos sanguíneos (debajo de la lengua, por ejemplo) podría dañarlos. Si se produce daño, podría ser necesario un tratamiento médico o dental adicional. Los químicos del tabaco pueden interferir con la cicatrización después del tratamiento con láser.

MANIFIESTO QUE

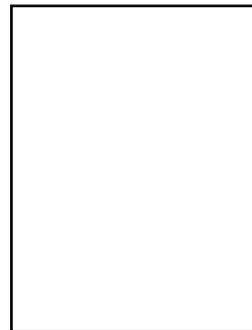
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

AUTORIZACIÓN

Para retiro de brackets

¡FELICITACIONES! USTED O SU HIJO(A) HA TERMINADO EL TRATAMIENTO ORTODÓNCICO.

Yo _____ entiendo que he completado la parte activa de mi tratamiento de ortodoncia y ahora recibiré un par de retenedores fijos y/o removibles. Ahora comienza la última parte de mi tratamiento de ortodoncia.

Entiendo que es muy importante llevar mis retenedores, porque ayuda a mantener mis dientes y mordida con las condiciones ideales de acuerdo a mi tratamiento ortodóncico.

Estoy de acuerdo con el doctor que mis brackets están listos para ser retirados. Me siento cómodo y satisfecho(a) con el resultado que obtuve.

Estoy de acuerdo en usar mis retenedores según las instrucciones y asistir a citas de chequeo regularmente programadas.

Entiendo que de no hacerlo, podría haber una recidiva de los problemas previos al tratamiento. Esto requerirá nuevos retenedores o un nuevo tratamiento activo (con un costo adicional).

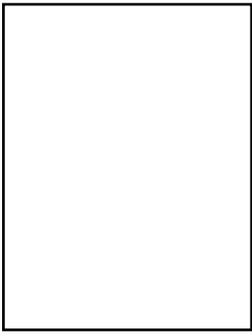
He recibido una copia de las instrucciones de retenedores que deben ser usados de la siguiente forma: _____

Si yo pierdo/rompo mis retenedores o si hay problema con algunos de ellos, sé que debo llamar al consultorio inmediatamente. En caso de pérdida o desgaste de estos, asumiré costos adicionales.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CARTA

Para paciente no cooperador

Ya que usted no se encuentra comprometido con su tratamiento de ortodoncia, le recordamos que debe:

Asistir a las citas en el día y en el horario que le asignamos.

Mantener su boca limpia; cepillado, uso de seda y enjuague bucal

Evitar quebrar cualquier parte de alambre o bracket

Usar elásticos si son necesarias

También es importante que los padres o las personas que cuidan al paciente, lo ayuden a recordar sus citas y asegurándose que todos los pagos se hagan a tiempo.

Se hará un cobro extra de \$_____ por reparar cada bracket flojo o quebrado,

Si los pacientes y/o sus familias no cooperan, podríamos interrumpir el tratamiento del paciente.

Si esto sucede, podríamos optar por una de estas tres alternativas:

1. Puede poner de su parte y permanecer con nosotros. Para esto, usted debe realizar todos los pagos que no se han hecho y todos los futuros pagos.

2. Puede parar el tratamiento. Esto significa que se le quitaran los brackets, se le pondrá un retenedor, y se le pedirá que pague todos los cobros atrasados.

3. Puede buscar un nuevo ortodoncista. Usted tendrá que pagar todos los cargos que resulten de este cambio.

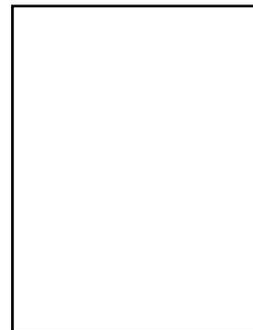
Queremos trabajar junto con usted para hacer del tratamiento un éxito, pero si usted no pone de su parte, tendremos que interrumpir el tratamiento.

Yo _____ entiendo lo que pasará si no pongo de mi parte, tendremos que interrumpir el tratamiento.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Guía de uso de retenedor removible

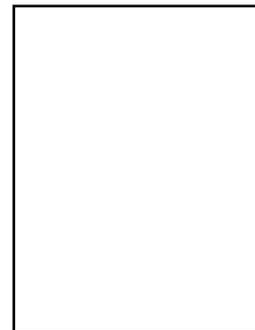
1. El aparato debe llevarse 24 horas al día durante _____.
2. Retírese el retenedor, halando de los lados. Hacerlo de otra forma puede ocasionar rotura del retenedor.
3. Lave el retenedor, una vez al día con un cepillo de dientes con agua y jabón líquido (no use crema dental). Asegúrese de enjuagar bien.
- 4. Mantenga el retenedor en su boca o en el estuche del retenedor.**
- 5. NUNCA guarde el retenedor en su bolsillo, mochila o bolso. Donde pueda ser aplastado**
- 6. NUNCA, ponga el retenedor en una servilleta o pañuelo, puede olvidarlo**
- 7. Nunca deje el retenedor donde pueda tener acceso su mascota, ya que lo puede ingerir o dañar .**
8. No intente ajustar el retenedor usted mismo. Solo el ortodoncista debe hacerlo.
- 9. Los retenedores se pueden remojar en una solución efervescente (Corega tabs) de vez en cuando si es necesario.**
- 10. SIEMPRE TRAER EL RETENEDOR CON USTED EN CADA CITA, PARA PODER EVALUAR SU USO Y ADAPTACIÓN.**

Por favor comuníquese con el consultorio si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de sus retenedores durante horas regulares de oficina.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Guía de uso para retenedores acrílicos

QUÉ HACER

1. Coloque el retenedor en el contenedor plástico con su nombre, teléfono y dirección.
2. Inserte y remueva el retenedor cuidadosamente ya que esta hecho de plástico y puede causar daños en el retenedor.
3. Utilice el retenedor en casa mientras duerma o durante _____horas al día.
4. Remueva el retenedor siempre que coma.
5. Después de cepillarse sus dientes también cepille el retenedor de la misma forma, con jabón líquido y cepillo de dientes.
6. Cepille cuidadosamente la parte interior y la parte exterior del retenedor y mantenga también limpio el contenedor plástico (estuche).
7. Siempre mantenga el retenedor dentro del contenedor plástico mientras no lo esté usando.

QUÉ NO HACER

1. No ponga los retenedores en servilletas o kleenex ya que alguien sin querer las puede botar.
2. No ponga los retenedores dentro de su bolsillo o en los pantalones.
3. Tenga cuidado de no dejarlos al alcance de niños o, incluso, sus mascotas.
4. No juegue con el aparato dentro de la boca con sus dientes y su lengua ya que el retenedor se puede romper.
5. Nunca coma con el retenedor en su boca.
6. No utilice el retenedor durante deportes de contacto o nadando.
7. Si el retenedor se ensucia no lo hierva, se deforma.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la aplicación láser

PROCEDIMIENTO A EJECUTAR:

Aplicación de láser terapéutico

OBJETIVO:

Acelerar el movimiento dental, la cicatrización de las heridas ocasionadas por los aparatos de ortodoncia y reducir el dolor asociado a los movimientos de los dientes.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO: Reducir el dolor inicial producido por los movimientos de ortodoncia. La terapia con láser puede aumentar la velocidad de los movimientos de los dientes por el aumento de la actividad ósea. Ayuda en la cicatrización de las ulceraciones orales inducidos por aparatos fijos de ortodoncia. Ejerce efectos beneficiosos sobre la inflamación y la cicatrización.

CONSIDERACIONES:

Los efectos biológicos de la acción láser dependen de varios factores. El efecto que la luz láser hará sobre un tejido dependerá de su absorción, el principio de la utilización de la LLLT es biomodular las células del cuerpo al suministrar la energía de la luz.

RIESGOS:

El cálculo de la dosis que se debe administrar debe ser riguroso, debido a que dosis inferiores a la necesaria no llegan a producir el efecto deseado y dosis por encima de las requeridas pueden inducir un estado de inhibición a la respuesta celular, con lo que no se consigue el beneficio terapéutico.

Ojos: no aplicar directamente el haz láser sobre los ojos y aplicar las medidas de seguridad de llevar las gafas de protección correspondiente a la longitud de onda, tanto el profesional, como el paciente y el personal auxiliar.

Cáncer: no tratar directamente el sitio de la lesión ni el de las metástasis secundarias. Se pueden tratar las lesiones secundarias a los tratamientos quimioterápicos como tratamiento paliativo.

Embarazo: no irradiar directamente sobre el feto (se desconocen las consecuencias).

Epilepsia: precaución en el empleo de pulsos de luz visible, por fotosensibilidad acusada de estos pacientes.

RIESGOS DE NO ACEPTAR EL PROCEDIMIENTO:

Ninguno.

AUTORIZACIONES:

Libre, voluntaria y espontáneamente autorizo a la realización del procedimiento teniendo en cuenta la información brindada anteriormente: SI ___ NO ___

MANIFIESTO QUE

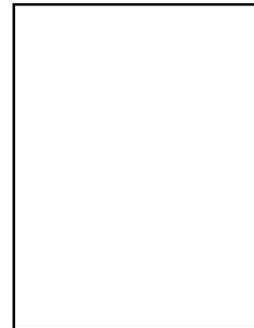
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para realizar la técnica Meaw

La técnica M.E.A.W. (Arco de canto multiansa) busca corregir maloclusiones severas de manera conservadora, como un plan de tratamiento alternativo a la cirugía ortognática. Sin embargo, es posible que el tratamiento requiera la intervención quirúrgica, especialmente cuando hay respuesta biológica pobre ó falta de colaboración por parte del paciente.

Para iniciar este tratamiento, debo realizar las extracciones de los dientes _____ y sino se realizan las extracciones en el momento que sea requerido por el especialista, no se podrán cumplir los objetivos planeados.

El uso estricto de los elásticos es indispensable para el éxito del tratamiento. No usarlos con rigurosa adherencia a las indicaciones del doctor puede generar resultados pobres o empeoramiento de la maloclusión.

Dada la alta actividad mecánica de los arcos M.E.A.W. es indispensable asistir cada mes a cita o con la periodicidad solicitada por el especialista, para realizar control estricto del proceso. La inasistencia puede acarrear riesgo de comprometer los resultados e incluso empeorarlos.

El arco multiansas acumula placa bacteriana por lo que el paciente debe realizarse un control riguroso de la higiene oral para evitar caries, manchas y enfermedad periodontal.

Si el tratamiento se alarga por falta de colaboración o inasistencia a las citas, puede generarse reabsorción radicular, lo que limita la consecución de los objetivos y pone en riesgo la vitalidad y viabilidad de los dientes involucrados.

Me comprometo a seguir las instrucciones de cuidados pre-quirúrgicos y post-quirúrgicos impartidos por los profesionales tratantes; asistir a las citas de control y de evolución requeridas para mi cuidado; así como pedir valoración y tratamiento de otros especialistas cuando el profesional tratante lo considere necesario. Libero al profesional tratante de responsabilidad en caso de complicaciones inherentes al tratamiento.

MANIFIESTO QUE

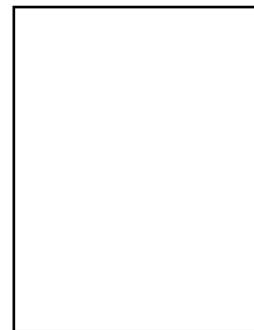
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para tratamiento ortodóncico con alineadores plásticos

BENEFICIOS:

La Ortodoncia juega un importante papel en el mejoramiento de toda la salud oral y en la obtención de la armonía entre los dientes y la cara para una sonrisa agradable y saludable. Una sonrisa atractiva mejora la autoestima lo cual puede mejorar la calidad de vida por si misma. Los dientes bien alineados son más fáciles de limpiar, lo que puede reducir el riesgo de caries, enfermedades de las encías y del hueso de soporte.

Debido a las condiciones individuales actuales y a las limitaciones del tratamiento debidas a variabilidad propia de la naturaleza y del ser humano, la obtención de todos los objetivos puede no ser lograda en su totalidad.

CONDICIONES:

1. Es posible que el tratamiento se demore más de lo previsto y que requiera un mayor tiempo al estimado inicialmente para completar el tratamiento. Un crecimiento excesivo o deficiente del hueso, la poca cooperación en el uso de los alineadores durante las horas requeridas, la higiene bucal insuficiente, la pérdida o daño de alineadores y el no acudir regularmente a las consultas pueden demorar el tiempo del tratamiento y afectar la calidad de los resultados definidos inicialmente. Esto requeriría una evaluación de las causas de la limitación del logro de los objetivos de la forma y el tiempo propuesto inicialmente y posiblemente reevaluar los objetivos y condiciones de mi tratamiento.

2. Para asegurar una eficacia clínica mínima, debo usar los alineadores 22 horas por día. No cumplir con las horas mínimas puede disminuir la predecibilidad de los resultados clínicos.

3. Para aumentar la predecibilidad del tratamiento se requiere la cementación de ABCs (Aditamentos Biomecánicos Complementarios) a uno o más dientes, estos son en resina y del color del diente. Se pueden caer y requerir sustitución y serán removidos al finalizar el tratamiento.

4. Para aumentar la predecibilidad del tratamiento en algunos casos se requiere que use elásticos, botones y aparatos auxiliares tales como brackets por delante o detrás del diente, miniimplantes, entre otros, que demandan la cooperación de mi parte.

5. En algunos casos se puede requerir técnicas dentales de rehabilitación o de otro tipo, las cuales son incorporadas en el plan de tratamiento. Estos tratamientos se denominan "Interdisciplinarios", es decir, que debe participar tanto en la planeación como en la ejecución otro u otros profesionales. Esto se requiere en ocasiones en los que los objetivos no sean alcanzables solo con el uso de alineadores o que se identifiquen limitaciones que tanto antes como durante el tratamiento deban ser evaluadas o tratadas por otros profesionales.

6. En algunos casos en los que se deba conseguir espacio para el logro de los objetivos, podría estar indicado que deba hacerme extracciones dentales o desgaste interproximal de algunos dientes lo cual me ha sido explicado tanto en su justificación como en el procedimiento y los riesgos que conlleva

7. Los alineadores no deben deteriorarse con un uso adecuado el cual se me explicó con detalle. En caso de rotura entiendo que debo asumir los costos de las reposiciones y entiendo que esto puede limitar el logro de los objetivos propuestos o retrasarlos.

8. En algunos casos, al final del tratamiento puede ser necesario realizar un "ajuste oclusal" para eliminar contactos oclusales fuertes.

9. Es normal en todos los pacientes una tendencia permanente al cambio de posiciones de los dientes después del tratamiento. Una vez terminado el tratamiento, continúa una etapa llamada "PROGRAMA DE RETENCIÓN". En esta se tienen citas periódicas de supervisión durante los doce (12) meses siguientes para controlar y minimizar los posibles cambios en la oclusión y posiciones de los dientes que ocurren cuando se retira la aparatología ortodóncica. En esta etapa es indispensable el uso de aditamentos diferentes o retenedores de manera constante y permanente. Luego de este periodo y de manera individual, se disminuye su uso pero no se suspende, para poder mantener en el largo plazo el resultado obtenido al finalizar el tratamiento. Pacientes que no usan los retenedores prescritos por el ortodoncista tendrán más posibilidades de recidiva [volver a tener] la anomalía tratada o presentar cambios en las posiciones dentales y la oclusión por efectos del proceso de maduración y envejecimiento natural, el cual es variable e individual

10. En algunos casos, para efectos del logro del resultado ideal (por ejemplo, el cierre total del espacio excesivo) se requiere tratamiento dental restaurativo debido a la gran variación de tamaño y forma de los dientes. Los tipos más comunes de tratamiento son la consolidación cosmética, el tratamiento restaurativo de coronas y puentes y /o terapia periodontal (De los tejidos de soporte de los dientes).

11. Afectación del tratamiento por problemas médicos generales. Usted debe mantener informado al Ortodoncista sobre cualquier cambio en su salud general.

RIESGOS:

Los principales riesgos que asumo con el tratamiento de Ortodoncia pueden incluir:

1. Aunque es poco frecuente, existe la probabilidad de ruptura del alineador con la consecuente posibilidad de aspirar o ingerir partes de él. Aunque es poco frecuente, existe la probabilidad de aparición de reacciones alérgicas al material del alineador.

2. Caries, enfermedades de las encías y marcas permanentes, descalcificación de la dentadura, los cuales son causados por la realización incompleta e inadecuada de la higiene oral, sobre la cual fui ampliamente instruido.

3. Sensibilidad en los dientes después de cambiar al siguiente alineador.

4. Afectación transitoria del habla, produciendo un "ceceo" que regularmente se resuelve en un periodo corto de tiempo

5. Aumento temporal de la saliva como sequedad de boca.

6. Molestias debido a cambios en la mordida durante el tratamiento.

7. Reducción de la longitud de las raíces de las piezas dentarias, lo que a la postre puede constituir una amenaza para dichas piezas.

8. Problemas en la retención del alineador e impedimento en el movimiento dental debido a que las coronas de los dientes sean cortas (dientes pequeños).

9. Inflamación de las encías y posible pérdida del hueso alveolar, especialmente cuando el paciente no remueve diariamente la placa bacteriana con una buena higiene bucal.

10. Un diente que previamente haya sido golpeado o sometido a procedimientos de rehabilitación puede manifestar cambios imprevisibles. En ciertos casos, la vida útil del diente puede disminuir, pudiendo requerir tratamientos dentales complementarios tales como Endodoncia y/o restauración adicional, y/o la pérdida de la pieza dental.

11. Afectación y/o cambio de mis restauraciones dentales existentes que pueden requerir una nueva cementación o su reemplazo.

12. Disminución del tejido de soporte en los dientes que han sido expuestos durante largo tiempo. En estos casos, después de alinear los dientes, pueden aparecer espacios en forma de triángulo que en condiciones normales debería estar ocupado por la encía.

13. Daños o deterioros en el nervio de una pieza dental.

14. Lesiones en las piezas dentales o en la boca, por accidentes ocurridos con la manipulación de instrumentos dentales.

15. Disminución de la posibilidad de lograr el resultado buscado con el tratamiento, por la formación atípica de los dientes o los cambios insuficientes en el desarrollo de los maxilares.

ALTERNATIVAS POSIBLES

Para la gran mayoría de los pacientes, el tratamiento de Ortodoncia es un procedimiento electivo. Las diferentes alternativas para mi tratamiento me han sido explicadas, incluso la posibilidad de no realizarlo. Con la decisión de no hacerlo acepto mi condición actual y decido vivir sin la corrección o mejoría ortodóncica. Las posibles alternativas para mi tratamiento me han sido explicadas con sus respectivos beneficios, riesgos y limitaciones.

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la colocación de mini tornillos

Para mi tratamiento será necesaria la utilización de micro tornillos de uso transitorio, estos permiten ejecutar movimientos de dientes aplicando fuerzas desde otro punto de anclaje, este tornillo es colocado en el hueso, sin embargo, no se garantiza su retención o estabilidad, es posible que cedan y deban ubicarse en otra posición.

Además, pueden existir riesgos con en todo procedimiento quirúrgico como es infección o inflamación de la zona donde se ubica el tornillo, puede haber fractura del aditamento, sensibilidad por contacto con las raíces de los dientes adyacentes, reabsorciones radiculares, perforación del seno maxilar y invaginación del micro tornillo en los tejidos blandos que lo circundan.

La anestesia local usada, cuando se colocan o se retiran los tornillos también tiene riesgos. Si ha tenido problemas con la anestesia local avisar al profesional inmediatamente.

MANIFIESTO QUE

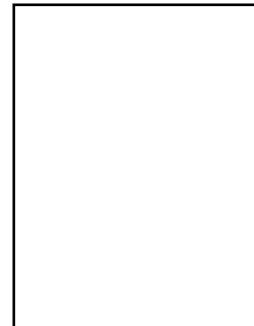
He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la cirugía ortognática o de las deformidades dentofaciales

La cirugía ortognática se realiza para corregir la posición de los huesos maxilares, con los consiguientes beneficios estéticos y/o funcionales. Se realiza mediante osteotomías (cortes) en los huesos de la cara y su posterior recolocación en la posición adecuada. Se fijan con osteosíntesis, que es el empleo de materiales que permanecen indefinidamente en su lugar y que habitualmente no hay que quitar, o de materiales que se reabsorben con el tiempo. El tratamiento ortodóncico suele ser necesario antes y después de la cirugía.

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales siendo la estadísticamente más frecuentes:

1. Hematomas y edema postoperatorio, que pueden derivar en problemas respiratorios más o menos importantes.
2. Hematoma e inflamación postoperatoria.
3. Hemorragia intra o postoperatoria, que puede requerir transfusión.
4. Infección postoperatoria, e incluso osteomielitis.
5. Dolor postoperatorio.
6. Falta de sensibilidad parcial o total de los labios, mentón, mejilla, nariz, encía, lengua, dientes o paladar. Normalmente es temporal, pero puede ser permanente. - Parésia o parálisis del nervio facial, transitoria o permanente.
7. Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento, e incluso la extracción.
8. Mala unión de los fragmentos óseos.
9. Necrosis del algún segmento de hueso con pérdida del mismo.
10. Recidiva (recaída) total o parcial de la deformidad.
11. Sinusitis, comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares.
12. Deformidad del tabique nasal o de la nariz.
13. Maloclusiones dentarias.
14. Problemas con las Articulación Temporomandibular.
15. No cumplimiento de las expectativas estéticas y/o cambios emocionales reactivos a los cambios faciales.
16. En caso de incisiones extraorales se pueden producir cicatrices inestéticas.
17. Rechazo del material de osteosíntesis.
18. Rotura de instrumentos.
19. En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de las heridas son mayores.

RIESGOS ESPECÍFICOS EN MI CASO Y OTRAS COMPLICACIONES DE MÍNIMA RELEVANCIA ESTADÍSTICA

En la mayoría de los casos, esta cirugía se realiza con anestesia general (con los riesgos inherentes a ella), que serán informados por su anestesista. También puede ser necesario el uso de transfusiones (pudiendo derivarse reacciones e infecciones

específicas).

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano y ortodoncista he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

MANIFIESTO QUE

He leído y recibido información acerca del tratamiento aquí mencionado, he tenido la oportunidad de preguntar y he recibido respuestas satisfactorias. Por lo tanto, **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que sean realizados todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

Conozco mis derechos como paciente, atención oportuna, segura y pertinente, de igual manera mis deberes en cuanto al cumplimiento de las citas, al seguimiento de las indicaciones dadas, al uso adecuado de los medicamentos indicados y al pago del tratamiento. Conozco mi derecho a revocar el presente consentimiento cuando lo estime necesario. En tales condiciones ACEPTO.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para movimiento acelerado en ortodoncia con corticotomía

Acepto que se me ha explicado, en términos asequibles, la naturaleza exacta de la intervención o procedimiento que se me va a realizar y su necesidad. He tenido la oportunidad de discutir con el facultativo cómo se va a efectuar, su propósito, las alternativas razonables, las posibles consecuencias de no hacer este tratamiento y todos los riesgos y posibles complicaciones que de él puedan derivarse.

Comprendo también que un resultado indeseable no necesariamente implica un error, por lo que buscando los mejores resultados confío en que el conocimiento y las decisiones del profesional durante el procedimiento o intervención estarán basados sobre los hechos hasta entonces conocidos, buscando siempre mi mayor beneficio.

Me ha explicado que el tratamiento que se va a hacer se efectuará bajo anestesia local es un procedimiento invasivo. Su finalidad es bloquear, de forma reversible, la transmisión de los impulsos nerviosos, para poder realizar la intervención sin dolor. Se me ha informado que notaré una sensación de acorchamiento del labio, lengua o de otras zonas de la cara, que va a durar horas, y que normalmente desaparecerá entre dos y cuatro.

1. PROCEDIMIENTO A EJECUTAR: Ortodoncia acelerada con corticotomía

2. OBJETIVO: Disminuir el tiempo del tratamiento ortodóncico a expensas de una lesión directa en el hueso alveolar y basal de los maxilares que acelera el movimiento de ortodoncia como respuesta de lesión y proceso de reparación. Tras las lesiones quirúrgicas, se inicia un proceso inducido de regeneración y remodelación ósea acompañado de un estado de inflamación que permite a la ortodoncia una mayor velocidad de tratamiento y estabilidad de los tejidos periodontales en un futuro

3. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:

Se pueden tratar maloclusiones severas: la principal ventaja que proporciona esta técnica es el poder tratar maloclusiones más severas sin recurrir a las extracciones o cirugías maxilofaciales y proporcionar a la vez un tiempo de tratamiento que no supere los 7 meses (aproximados). La velocidad aumenta de tres a cuatro veces en comparación al tratamiento ortodóncico convencional.

Alta estabilidad: después de la regeneración y remodelado óseo los componentes periodontales no presentan "memoria" y la retención posterior es mucho

más efectiva y duradera sin recidivas de la maloclusión.

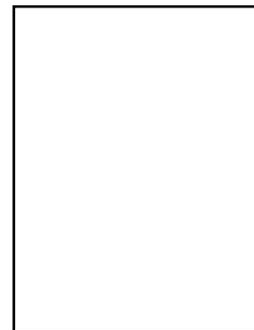
4. RIESGOS

- Inflamación.
- Dolor.
- Limitación de la apertura bucal.
- Dehiscencia de la sutura.
- Complicaciones nerviosas: anestesia o hipoestesia del nervio dentario inferior, nervio mentoniano, nervio lingual, nervio infraorbitario; temporal o permanente.
- Alta morbilidad asociada con el procedimiento.
- Procedimiento invasivo.
- Las posibilidades de daños a estructuras vitales adyacentes.
- Dolor postoperatorio
- Posibilidades de infección
- Necrosis avascular

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para la toma de impresión en pacientes con labio y paladar hendido

Teniendo en cuenta que el tratamiento del labio y paladar fisurado, tiene una etapa pre quirúrgica en la que se contempla la ortopedia, y en la cual es necesaria la toma de impresiones por parte del odontopediatra u ortodoncista. Es importante a través de este documento informar a los acudientes del paciente los riesgos y beneficios que trae la toma de la impresión para la confección e instalación de la placa obturadora.

VENTAJAS DE LA CONFECCION DE UNA PLACA OBTURADORA

- Permite una mejor deglución
- Previene una mala posición dorsal de la lengua en la fisura.
- Mejora la forma de arcada.
- Facilita la cirugía primaria.
- Reduce la anchura de la fisura anterior y posterior.
- Previene el colapso inicial después de la cirugía de labio
- Disminuye el riesgo de broncoaspiración.
- Mejora la respiración vía nasal.
- Efectos psicológicos positivos en los padres.

RIESGOS DURANTE LA TOMA DE IMPRESIÓN

- Broncoaspiración.
- Alergia al material de impresión.
- Alojamiento del material de impresión en la fisura.
- Se puede dar la necesidad de una segunda impresión.
- Ingerir parte del material de impresión.

En caso de alojamiento del material de impresión podrá ser necesario una intervención para retirarlo

MANIFIESTO QUE

Yo _____ con documento de identidad No. _____ por medio de este documento y en pleno uso de mis facultades, **doy mi consentimiento informado** al Dr (a) _____ para realizarle al menor de edad al cual estoy acudiendo _____ con identificación, el procedimiento anteriormente descrito.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para uso de datos, fotografías e imágenes clínicas con fines académicos

Yo _____ de ___ años de edad, con documento de identidad N° _____ actuando en nombre propio y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente doy fe que he sido informado sobre la intención del Dr (Dra) _____ de utilizar la información que respecta a mi diagnóstico y tratamiento, al igual que mis imágenes diagnósticas con fines académicos y científicos, donde pueden ser utilizadas en presentación de casos clínicos, congresos, clases magistrales e incluso ser divulgadas en redes sociales garantizando que mi identidad no será revelada, respetando mi privacidad y anonimato.

De igual forma, solicita mi permiso para la toma de fotografías clínicas para ser utilizadas de manera profesional.

Por lo tanto y de manera voluntaria, autorizo al profesional _____ la reproducción de la información anteriormente mencionada y el uso de imágenes diagnósticas relacionadas con mi proceso de evolución clínico, las cuales podrán ser divulgadas en:

Casos clínicos ___ Clases magistrales ___ Facebook ___ Instagram ___
Otros: _____

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para uso de datos, fotografías e imágenes clínicas con fines académicos (niños)

Yo _____ de ___ años de edad, con documento de identidad N° _____ actuando en nombre propio y en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, como representante legal de _____ parentesco _____ doy fe que he sido informado sobre la intención del Dr (Dra) _____ de utilizar la información que respecta a su diagnóstico y tratamiento, al igual que sus imágenes diagnósticas con fines académicos y científicos, donde pueden ser utilizadas en presentación de casos clínicos, congresos, clases magistrales e incluso ser divulgadas en redes sociales garantizando que mi identidad no será revelada, respetando su privacidad y anonimato.

De igual forma, solicita mi permiso para la toma de fotografías clínicas para ser utilizadas de manera profesional.

Por lo tanto y de manera voluntaria, autorizo al profesional _____ la reproducción de la información anteriormente mencionada y el uso de imágenes diagnósticas relacionadas con su proceso de evolución clínico, las cuales podrán ser divulgadas en:

Casos clínicos ___ Clases magistrales ___ Facebook ___ Instagram ___
Otros: _____

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONSENTIMIENTO

Informado para solicitud de imágenes diagnósticas

EXAMEN A SOLICITAR:

Radiografía periapical ___ Radiografía panorámica ___ Radiografía lateral ___
Tomografía Computarizada Cone beam ___ Resonancia magnética ___

OBJETIVO DE LAS IMAGENES DIAGNÓSTICAS:

- La localización de estructuras anatómicas.
- Evaluación de dientes impactados o retenidos.
- Morfología y absorción radicular.
- Dehiscencia y fenestración.
- Evaluación de la articulación temporomandibular (condición de las superficies)
- Crecimiento y desarrollo facial
- Evaluación de la vía aérea
- Superposiciones
- Cirugía ortognática
- Hallazgos incidentales

CONSIDERACIONES:

El paciente debe ser consciente de que si se solicita el retiro de la aparatología ortodóncica para la toma de imágenes diagnósticas que requiera, debe asumir el costo del retiro y posterior colocación de la aparatología una vez finalizado el examen.

Ante la necesidad de solicitar una imagen diagnóstica antes, durante y después del tratamiento de ortodoncia, el paciente debe asumir el costo del mismo.

RIESGO DE NO REALIZARSE EL EXAMEN SOLICITADO:

El paciente debe ser consciente de que al no realizar el examen solicitado, no se podrá evaluar los tejidos internos, vías aéreas, estado de lesión, o gravedad de alguna enfermedad (si lo presenta), de esta manera puede correr el riesgo de no darse un diagnóstico y tratamiento acertado, y no podrá prestársele el servicio odontológico.

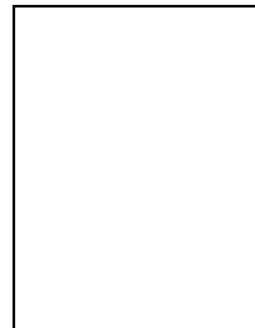
MANIFIESTO QUE

Yo _____ con documento de identidad No. _____ por medio de este documento y en pleno uso de mis facultades, doy mi consentimiento informado al Dr (a) _____ para realizarle al menor de edad al cual estoy acudiendo _____ con identificación, el procedimiento anteriormente descrito.

Firma de paciente y/o acudiente y CC

Firma profesional y tarjeta profesional

Fecha



Huella índice derecho

CONCLUSIÓN

El Especialista en Ortodoncia necesita reconocer varias condiciones médicas y el impacto que estas puedan tener en el tratamiento ortodóntico.

El tratamiento se puede hacer ó habrá que posponerlo hasta tanto se controle o esté en remisión su condición médica o conocer los efectos colaterales de la terapia farmacológica que ellos reciban para ser minimizados. El consentimiento informado debe ser modificado de acuerdo a la condición médica que presenta el paciente y ser firmado antes de dar inicio al tratamiento.

La cooperación y constancia del paciente frente a los controles y monitoreo de parte del especialista son fundamentales para maximizar el éxito del tratamiento ortodóntico sin complicaciones.