KNAPP ORTHODONTICS, LLC
PLAN DE PAGO RECURRENTE

Ortodoncista: Knapp Orthodontics, LLC

Número de Cuenta:

Nombre del Responsable:	Nombre del Paciente:
Dirección del Responsible:	SSN del Responsible:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Correo Electrónicol:
Numero de Casa:	Fecha de Naciemiento de Paciente:
Número de Teléfono:	Número de Teléfono del Trabajo:

Total del Retiro	Pagos Mensuales	Cantidad de Pago Final	El Numero Total de Retiros Mensuales	Fecha del Inicio del Retiro (por favor circule la fecha que prefiere)		
				Mes	Dia	Ano
					5 or 20	

Inicial:_____

Por favor seleccione las cuentas primaria y secundaria que Knapp Orthodontics va a debitar:

Cuenta Primaria	Secondary Account
☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros	☐ Cuenta de cheques ☐ Cuenta de ahorros
Nombre(s) tal como aparece en su cuenta	Nombre(s) tal como aparece en su cuenta
Número de Cuenta Bancaria / Número de Ruta:	Número de Cuenta Bancaria: / Número de Ruta:
☐ Tip de Tarjeta* Tipo de Crédito _____ *Un cargo de tarjeta de débito/crédito de 3% sera agregado a su giro mensual automático*	☐ Tip de Tarjeta* Tipo de Crédito _____ *Un cargo de tarjeta de débito/crédito de 3% sera agregado a su giro mensual automático*
Número de Tarjeta de Crédito _____	Número de Tarjeta de Crédito _____
Fecha de Caducidad _____ CVV _____	Fecha de Caducidad _____ CVV

KNAPP ORTHODONTICS, LLC AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE FONDOS

Por este medio autorizo a Knapp Orthodontics, LLC, en nombre del ortodoncista, a iniciar entradas de débito en las cuentas indicadas anteriormente (de las cuales soy un firmante autorizado) mediante transferencia electrónica de fondos (EFT). Entiendo que a partir de la fecha indicada anteriormente, Knapp Orthodontics, LLC comenzará a realizar retiros de mi cuenta bancaria o de tarjeta de crédito. Dichos retiros continuarán cada mes hasta que el saldo total proporcionado a Knapp Orthodontics, LLC por el ortodoncista se pague en su totalidad. Entiendo que Knapp Orthodontics, LLC está debitando fondos de mi cuenta para el pago al ortodoncista por los servicios profesionales prestados, y que el nombre Knapp Orthodontics, LLC puede aparecer o aparecerá en mi estado de cuenta mensual. Entiendo que mi pago final puede ser un poco mayor o menor que el pago mensual mencionado anteriormente, pero no excederá el saldo de la cuenta. Si el ortodoncista necesita reducir la cantidad del débito,el ortodoncista podrá notificar a Knapp Orthodontics, LLC para reducir el monto del pago mensual sin notificarme a mí.

Además, aceptó que si se notifica a Knapp Orthodontics, LLC que los fondos no están disponibles en mi cuenta bancaria (NSF, cuenta cerrada, etc.) o que se niega un cargo a mi tarjeta bancaria, Knapp Orthodontics, LLC cobrará una tarifa de $25. y/o cualquier tarifa cobrada por cualquier institución financiera a Knapp Orthodontics se me cobrará a mí mismo. Acepto que si los fondos no están disponibles en la cuenta que elijo como principal, Knapp Orthodontics puede intentar obtener fondos de mi cuenta secundaria. Si no se proporciona una cuenta secundaria, Knapp Orthodontics puede volver a redactar o intentarlo nuevamente con mi cuenta principal. Entiendo que si decido suspender este método de pago, debo notificar a Knapp Orthodontics, LLC con un mínimo de 7 días antes de mi fecha de débito programada. También autorizo a Knapp Orthodontics, LLC a comunicarse conmigo a cualquiera de los números de teléfono mencionados anteriormente.

Como Knapp Orthodontics ofrece financiamiento extendido sin intereses (excluidas las tarifas de transacción para cuentas que no son ACH) , Yo entiendo que si mi pago falla dos veces en cualquier período de 12 meses, Knapp Orthodontics requerirá que el saldo restante total de la cuenta (incluidos los cargos y recargos por pagos atrasados) se pague en su totalidad antes de la cita final de tratamiento activo en la que se considera completado el tratamiento activo (incluidos, entre otros: eliminación de aparatos ortopédicos, aparatos y accesorios). Los pagos extendidos sin intereses no se extenderán más allá de la fecha de retiro del aparato.

Firma: _____

Fecha: _____

131 Old Hwy 431 Suite B&C Owens Cross Roads, AL 35763
(256) 532-8900
www.knappsmiles.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO para el paciente de ortodoncia

Resultados del tratamiento
El tratamiento de ortodoncia por lo general procede según lo planeado, y tenemos la intención de hacer todo lo posible para lograr los mejores resultados para cada paciente. Sin embargo, no podemos garantizar que estará completamente satisfecho con sus resultados, ni se pueden anticipar todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación para asistir a las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar aparatos flojos o rotos y seguir cuidadosamente las instrucciones del ortodoncista.

Duración del tratamiento
La duración del tratamiento depende de una serie de cuestiones, incluida la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y nivel de cooperación del paciente. El tiempo de tratamiento real suele ser cercano al tiempo de tratamiento estimado, pero el tratamiento puede alargarse si, por ejemplo, se produce un crecimiento no previsto, si hay hábitos que afectan a las estructuras dentofaciales, si se producen problemas dentales o periodontales, o si la cooperación del paciente no es adecuada. Por lo tanto, pueden ser necesarios cambios en el plan de tratamiento original. Si el tiempo de tratamiento se extiende más allá de la estimación original, se pueden aplicar tarifas adicionales.

Malestar
La boca es muy sensible, por lo que puede esperar un período de ajuste y algunas molestias debido a la introducción de aparatos de ortodoncia. Se pueden usar analgésicos sin receta durante este período de ajuste.

Reincidencia
El tratamiento de ortodoncia completado no garantiza dientes perfectamente alineados por el resto de su vida. Se requerirán retenedores para mantener sus dientes en sus nuevas posiciones como resultado de su tratamiento de ortodoncia. Debe usar sus retenedores según las instrucciones o los dientes pueden moverse, además de otros efectos adversos. El uso regular del retenedor suele ser necesario durante varios años después del tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, pueden ocurrir cambios después de ese tiempo debido a causas naturales, incluidos hábitos como interposición lingual, respirar por la boca y el crecimiento y la maduración que continúan durante toda la vida. Más adelante en la vida, la mayoría de las personas verán que sus dientes se mueven. Es posible que deban aceptarse irregularidades menores, particularmente en los dientes frontales inferiores. Algunos cambios pueden requerir un tratamiento de ortodoncia adicional o, en algunos casos, cirugía. Algunas situaciones pueden requerir retenedores no removibles u otros aparatos dentales hechos por su dentista familiar.

Extracciones
Algunos casos requerirán la extracción de dientes deciduos (de leche) o dientes permanentes. Existen riesgos adicionales asociados con la extracción de dientes que debe discutir con su dentista familiar o cirujano oral antes del procedimiento.

Cirugía ortognática
Algunos pacientes tienen desarmonías esqueléticas significativas que requieren tratamiento de ortodoncia junto con cirugía ortognática (dentofacial). Existen riesgos adicionales asociados con esta cirugía que debe discutir con su cirujano oral y/o maxilofacial antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia. Tenga en cuenta que el tratamiento de ortodoncia antes de la cirugía ortognática a menudo solo alinea los dientes dentro de los arcos dentales individuales. Por lo tanto, los pacientes que suspenden el tratamiento de ortodoncia sin completar los procedimientos quirúrgicos planificados pueden tener una maloclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento.

Descalcificación y caries dental
Una excelente higiene oral es esencial durante el tratamiento de ortodoncia, al igual que las visitas regulares a su dentista familiar. Una higiene inadecuada o incorrecta podría provocar caries, dientes descoloridos, enfermedad periodontal y/o descalcificación. Estos mismos problemas pueden ocurrir sin tratamiento de ortodoncia, pero el riesgo es mayor para una persona que usa aparatos ortopédicos u otros aparatos. Estos problemas pueden agravarse si el paciente no ha tenido el beneficio del agua fluorada (o su sustituto) y/o el paciente consume bebidas o alimentos azucarados.

Recesión de las encías
Algunas raíces de los dientes tienen prominencias y/o están rodeadas por encías finas y tejido óseo. El ortodoncista coloca las raíces de los dientes con cuidado en una buena posición para sostener el diente. Sin embargo, a veces antes, durante o después del movimiento de los dientes, el tejido de las encías puede retroceder debido a la posición de los dientes y a las áreas delgadas de las encías y el hueso. La exposición de la superficie radicular puede estar asociada con la sensibilidad dental. Si esto ocurre, se puede recomendar un "injerto de encía" para cubrir parcial o completamente la superficie de la raíz.

Reabsorción de raíces
Las raíces de los dientes de algunos pacientes se acortan (reabsorción) durante el tratamiento de ortodoncia. No se sabe exactamente qué causa la reabsorción radicular, ni es posible predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes han conservado dientes durante toda su vida con raíces severamente acortadas. Si se detecta reabsorción durante el tratamiento de ortodoncia, su ortodoncista puede recomendar una pausa en el tratamiento o la extracción de los aparatos antes de completar el tratamiento de ortodoncia.

Daño en el nervio
Un diente que ha sido traumatizado por un accidente o una caries profunda puede haber sufrido daños en el nervio o en el diente. Además, el nervio de un diente puede morir sin motivo aparente, y esto se conoce como "necrosis pulpar espontánea". El movimiento dental ortodóncico puede, en algunos casos, agravar estas condiciones y hacer que sea necesario un tratamiento de conducto. En casos severos, el diente o los dientes pueden perderse.

Enfermedad periodontal
La enfermedad periodontal (encías y huesos) puede desarrollarse o empeorar durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, pero con mayor frecuencia debido a la falta de una higiene oral adecuada. Debe hacer que su dentista general, o un periodoncista si está indicado, controle su salud periodontal durante el tratamiento de ortodoncia cada tres a seis meses. Si no se pueden controlar los problemas periodontales, es posible que se deba suspender el tratamiento de ortodoncia antes de completarlo.

Lesión por aparatos de ortodoncia
Deben evitarse las actividades o los alimentos que puedan dañar, aflojar o expulsar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia aflojados o dañados pueden inhalarse o tragarse o causar otros daños al paciente. Debe informar a su ortodoncista de cualquier síntoma inusual o de cualquier aparato suelto o roto tan pronto como los note. Es posible que se dañe el esmalte de un diente o una restauración (corona, unión, carilla, etc.) cuando se retiran los aparatos de ortodoncia. Este problema puede ser más probable cuando se han seleccionado aparatos estéticos (transparentes o del color del diente). Si se daña un diente o una restauración, puede ser necesario que su dentista restaure el diente o los dientes.

Aparato extraoral
El aparato extraoral puede causar lesiones al paciente. Las lesiones pueden incluir daños en la cara o los ojos. En caso de lesión, especialmente una lesión ocular, por leve que sea, se debe buscar ayuda médica inmediata. Abstenerse de usar los aparatos extraorales en situaciones en las que exista la posibilidad de que se desprendan o se arranquen. Se deben evitar las actividades deportivas y los juegos cuando se usa un aparato extraoral.

Disfunción de la articulación temporomandibular (mandíbula)
Pueden ocurrir problemas en las articulaciones de la mandíbula (es decir, articulaciones temporomandibulares (TMJ)), causando dolor, dolores de cabeza

Iniciales del paciente o padre/madre/tutor _____

o problemas de oído. Muchos factores pueden afectar la salud de las articulaciones de la mandíbula, incluidos traumatismos anteriores (golpes en la cabeza o la cara), artritis, tendencia hereditaria a problemas en las articulaciones de la mandíbula, rechinar o apretar los dientes en exceso, mordida mal equilibrada y muchas condiciones médicas. Los problemas de la articulación de la mandíbula pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia. Cualquier síntoma de la articulación de la mandíbula, incluido el dolor, el chasquido de la mandíbula o la dificultad para abrir o cerrar, debe informarse de inmediato al ortodoncista. Puede ser necesario el tratamiento por parte de otros especialistas médicos o dentales.

Dientes impactados, estancados y no erupcionados
Los dientes pueden quedar impactados (atrapados debajo del hueso o las encías), estancados (fusionados con el hueso) o simplemente dejar de erupcionar. A menudo, estas condiciones ocurren sin motivo aparente y, por lo general, no se pueden anticipar. El tratamiento de estas condiciones depende de la circunstancia particular y la importancia general del diente afectado, y puede requerir extracción, exposición quirúrgica, trasplante quirúrgico o reemplazo protésico.

Ajuste oclusal
Puede esperar imperfecciones mínimas en la forma en que sus dientes se juntan al final del tratamiento, por lo que puede ser necesario un procedimiento de equilibrio oclusal que ajuste la altura de sus dientes para afinar su mordida. Antes y durante el tratamiento, también puede ser necesario remodelar el área entre los dientes seleccionados con un procedimiento llamado Reducción interproximal (IPR). Este procedimiento de recontorneado (adelgazamiento) elimina una pequeña cantidad de esmalte entre ciertos dientes mejorando su forma y tamaño. Esto se hace para crear espacio para una mejor colocación de los dientes que se adapte a la forma y el tamaño de sus mandíbulas y/o para mejorar la estabilidad. En algunos casos, este tratamiento puede conducir ocasionalmente a un diente o dientes sensibles.

Resultados no ideales
Debido a la amplia variación en el tamaño y la forma de los dientes, la falta de dientes, etc., puede que no sea posible lograr un resultado ideal (por ejemplo, el cierre completo de un espacio). Puede estar indicado el tratamiento dental restaurativo, como unión estética, coronas o puentes, o terapia periodontal.

Terceros molares
A medida que se desarrollan los terceros molares (muelas del juicio), sus dientes pueden cambiar de alineación. Su dentista y/u ortodoncista deben monitorearlos para determinar cuándo y si es necesario extraer los terceros molares.

Alergias
Ocasionalmente, los pacientes pueden ser alérgicos a algunos de los componentes de sus aparatos de ortodoncia. Esto puede requerir un cambio en el plan de tratamiento o la interrupción del tratamiento antes de su finalización. Aunque es muy poco común, puede ser necesario el manejo médico de las alergias al material dental.

Transmisión de enfermedades
Aunque nuestra oficina de ortodoncia sigue las regulaciones estatales y federales y los protocolos universales de desinfección y protección personal recomendados para prevenir la transmisión de enfermedades transmisibles, es posible que no siempre tengan éxito en bloquear la transmisión de un virus altamente infeccioso. No es posible realizar un tratamiento de ortodoncia con distanciamiento social entre el paciente, el ortodoncista, el personal de asistencia y, en ocasiones, otros pacientes. Sabiendo que usted podría estar expuesto a enfermedades transmisibles en cualquier lugar, al presentarse usted o su hijo para un tratamiento de ortodoncia, asume y acepta el riesgo de que, sin darse cuenta, pueda estar expuesto a una enfermedad transmisible en el consultorio de ortodoncia.

Problemas generales de salud
Los problemas generales de salud, como trastornos óseos, sanguíneos o endocrinos, y muchos medicamentos recetados y de venta libre (incluidos los bisfosfonatos), pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. Es imperativo que informe a su ortodoncista de cualquier cambio en su estado de salud general.

Uso de productos de tabaco
Se ha demostrado que fumar o mascar tabaco aumenta el riesgo de enfermedad de las encías e interfiere con la curación después de una cirugía bucal. Los consumidores de tabaco son más propensos al cáncer oral, la recesión de las encías y el retraso en el movimiento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia. Si consume tabaco, debe considerar cuidadosamente la posibilidad de un resultado de ortodoncia comprometido.

Dispositivos de anclaje temporal
Su tratamiento puede incluir el uso de un dispositivo de anclaje temporal (es decir, un tornillo de metal o una placa fijada al hueso). Hay riesgos específicos asociados con ellos.

Es posible que el(los) tornillo(s) se afloje(n), lo que requeriría retirarlo y posiblemente reubicarlo o reemplazarlo con un tornillo más grande. El tornillo y el material relacionado pueden tragarse accidentalmente. Si el dispositivo no se puede estabilizar durante un período de tiempo adecuado, puede ser necesario un plan de tratamiento alternativo.

Es posible que el tejido alrededor del dispositivo se inflame o infecte, o que el tejido blando crezca sobre el dispositivo, lo que también podría requerir su extracción, escisión quirúrgica del tejido y/o el uso de enjuagues antibióticos o antimicrobianos.

Es posible que los tornillos se rompan (es decir, al insertarlos o retirarlos). Si esto ocurre, la pieza rota se puede dejar en la boca o se puede extraer quirúrgicamente. Esto puede requerir la remisión a otro especialista dental.
Al insertar el(los) dispositivo(s), es posible dañar la raíz de un diente o un nervio, o perforar el seno maxilar. Por lo general, estos problemas no son significativos; sin embargo, puede ser necesario un tratamiento dental o médico adicional.

Se puede usar anestesia local cuando se insertan o retiran estos dispositivos, lo que también tiene riesgos. Informe al médico que coloca el dispositivo si ha tenido alguna dificultad con los anestésicos dentales en el pasado.

Si ocurre alguna de las complicaciones mencionadas anteriormente, puede ser necesaria una derivación a su dentista familiar u otro especialista dental o médico para recibir tratamiento adicional. Las tarifas de estos servicios no están incluidas en el costo del tratamiento de ortodoncia.

Registros de diagnóstico
Al dar su consentimiento para el tratamiento de ortodoncia, usted da su consentimiento para que se realicen los registros de ortodoncia necesarios, incluidas las radiografías, antes, durante y después de la prestación de la atención.

Personal de ortodoncia
Cuando corresponda, se puede indicar al personal del consultorio que realice partes del tratamiento de ortodoncia según lo prescrito y dirigido por los ortodoncistas tratantes.

Divulgación de información del paciente
Al dar su consentimiento para el tratamiento de ortodoncia, usted acepta que el consultorio comparta información sobre su atención de ortodoncia para cualquier “uso y divulgación permitidos” (por ejemplo, para actividades de tratamiento de un proveedor de atención médica) como se define en la Regla de Privacidad de la HIPAA. Para otros usos, nuestro consultorio obtendrá una Autorización antes de hacer una divulgación. Consulte 45 CFR § 164.506 y/o la Política y procedimientos de privacidad de nuestro consultorio para obtener información adicional.

Transferencia de paciente
Los tratamientos de ortodoncia varían ampliamente. La transferencia probablemente aumentará las tarifas del tratamiento, puede implicar cambios en las políticas de pago y puede cambiar su tratamiento y/o aparatos. Cuando se transfiere a un nuevo ortodoncista, el tiempo de tratamiento a menudo se prolonga por el proceso de transferencia.

Iniciales del paciente o padre/madre/tutor _____

Notas

Iniciales del paciente o padre/madre/tutor _____ Fecha _____ Iniciales del ortodoncista _____

Reconocimiento y consentimiento para someterse a un tratamiento de ortodoncia

Por medio de la presente reconozco que he leído y entiendo completamente las consideraciones y los riesgos del tratamiento presentados en este formulario. También entiendo que puede haber otros problemas que ocurran con menos frecuencia que los presentados y que los resultados reales pueden diferir de los resultados anticipados. También reconozco que he discutido este formulario con los ortodoncistas que se muestra en la parte de abajo y que se me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Me han pedido que tome una decisión sobre mi tratamiento. Por medio de la presente doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto y autorizo al (los) ortodoncista(s) indicado(s) a continuación para proporcionar el tratamiento. También reconozco que mi(s) ortodoncista(s) puede(n) usar mi información de atención médica para usos permitidos. Entiendo que la tarifa de mi tratamiento cubre solo el tratamiento brindado por los ortodoncistas, y que el tratamiento brindado por otros profesionales médicos o dentales no está incluido en la tarifa de mi tratamiento de ortodoncia.

_____

Firma del paciente/padre/madre/tutor | Nombre del paciente/padre/madre/tutor | Fecha

_____

Firma del Ortodoncista | Nombre del ortodoncista | Fecha

_____

Firma del testigo | Nombre del testigo | Fecha

Si está firmado por una persona que no sea el paciente, complete lo siguiente:

Tengo la autoridad legal para firmar en nombre de

_____

Nombre del paciente

_____

Nombre del padre/madre/tutor

_____

Relación con el paciente

INFORMACIÓN IMPORTANTE

No existe relación entre la tarifa mensual de los servicios de ortodoncia y las visitas mensuales. Pueden transcurrir de dos a doce semanas entre visitas. Todos los pagos son debidos el día 5 o 20 de cada mes. Además, el número de pagos no se correlaciona con la duración del tratamiento. Los pagos pueden continuar después de que se hayan quitado los aparatos ortopédicos para cumplir el contrato.

Si el saldo de una cuenta o un pago no se paga a tiempo, se acumularán intereses sobre el saldo impago total a una tasa del 8% anual, o la tasa máxima permitida por la ley sobre el saldo pendiente hasta que se pague en su totalidad. **Se suspenderá el tratamiento y se retirarán los aparatos si las cuentas se atrasan más de 90 días.**

Cualquier parte de la tarifa del tratamiento que no haya sido pagada por la compañía de seguros será su responsabilidad. **Debe entenderse que USTED (no su compañía de seguros) es responsable del costo total de la ortodoncia.** Estaremos encantados de ayudarle a reclamar sus beneficios de ortodoncia a través de su plan de seguro, como se indica en otra parte sobre las pólizas de seguro de nuestra oficina. Si la compañía de seguros se atrasa sesenta días, usted será inmediatamente responsable del monto atrasado y se le reembolsará, siempre y cuando la compañía de seguros realice el pago. Tenga en cuenta: estaremos encantados de presentar inicialmente cualquier reclamación necesaria, pero otros problemas, cambios y falta de pago por parte de su compañía de seguros serán su responsabilidad.

INICIAL_____

Esta tarifa no incluye ningún cargo realizado por su dentista ni por ningún otro especialista dental involucrado en su tratamiento. (Limpiezas, radiografías, extracciones, exposiciones, etc.)

Se incluye un juego de retenedores Essix transparentes superiores e inferiores. Se incluye un retenedor adherido lingual en el arco inferior y se adherirá si la higiene y la posición de los dientes son aceptables. Un retenedor adhesivo lingual en la arcada superior sólo estará incluido en el precio si el paciente comenzó con un espacio entre sus dos dientes frontales superiores. Se excluyen el costo de reemplazo de aparatos perdidos o rotos, productos para el cuidado del hogar, o aparatos ortopédicos rotos en exceso y el tiempo de tratamiento prolongado.

En caso de que se instituyan procedimientos de cobro a continuación, aceptó pagar el saldo impago total adeudado en mi cuenta, más los costos de cualquier agencia de cobro utilizada para el cobro hasta un 40 % adicional del saldo impago adeudado, más todos los gastos de cobro. incluidos los costos judiciales y los honorarios razonables de un abogado, si se incurre en ellos.

INICIAL_____

VISITAR A SU DENTISTA

Entiendo que durante el tratamiento de ortodoncia, las visitas periódicas a mi dentista son una parte esencial del tratamiento de ortodoncia del paciente. Estas visitas pueden ser necesarias cada 3 a 6 meses dependiendo de la recomendación del Dr. Knapp, el dentista o el higienista. Las visitas periódicas al dentista son necesarias para limpiezas junto con la detección de caries o problemas de huesos y encías. Ciertos problemas, como las caries o la pérdida ósea, sólo pueden evaluarse mediante radiografías especiales tomadas en el consultorio del dentista. Entiendo que pueden producirse daños en los dientes, los huesos y el tejido de las encías si no se realizan visitas regulares al dentista. También entiendo que las limpiezas y el diagnóstico de caries y enfermedades periodontales no son parte del servicio brindado por Knapp Orthodontics, LLC o cualquier empleado de la práctica. También entiendo que el Dr. Knapp tiene derecho a quitarse los frenillos antes de completar el tratamiento de ortodoncia si el paciente no mantiene visitas regulares al dentista o si el Dr. Knapp considera que se producirán daños adicionales en los dientes si se dejan los frenillos en su lugar. Por favor ponga sus iniciales si comprende la información mencionada anteriormente.

INICIAL_____

USO DIARIO DE FLUORURO

Es muy importante que, además de cepillarse los dientes al menos 3 veces al día durante 2 minutos y usar hilo dental una vez al día, se utilice un flúor todas las noches antes de acostarse. Esta es una recomendación de la Asociación Estadounidense de Ortodoncistas basada en años de investigación. El flúor ayuda a proteger los dientes y matar las bacterias que pueden provocar la descalcificación (destrucción del diente). Sin el uso de este flúor, el riesgo de daño dental aumenta, lo que resulta en manchas blancas, cicatrices o caries en los dientes. Asegúrese de que no se suspenda el uso de este fluoruro durante el tratamiento de ortodoncia. El flúor no sustituye al buen cepillado, pero sí lo acompaña.

INICIAL_____

POR ESTE MEDIO CERTIFICO que he leído y recibido una copia de la declaración de divulgación este _____ día de_____ y acepto los términos de la misma.

Firma:_____ Relcation: _____

Imprimir Nombre: _____ Fecha:_____

Pólizas y Procedimientos de Seguros

Knapp Orthodontics, LLC brindará dos servicios relacionados con su(s) póliza(s) de seguro.

1. Verificaremos los beneficios de la póliza de seguro y le transmitiremos esta información tal como nos la informaron en el momento de su examen. Esta información es tan precisa como la del representante con el que hablamos.

2. Presentaremos los reclamos apropiados como se describe en su póliza. No somos responsables del pago/falta de pago de su compañía de seguros. Si la compañía de seguros se atrasa 60 días, usted será responsable del monto atrasado y se le reembolsará cuando la compañía de seguros realice el pago.

No tenemos control sobre su acuerdo contractual con su compañía de seguros. Si su compañía de seguros no cumple con su obligación por cualquier motivo, el tomador del seguro es responsable y deberá comunicarse con la compañía de seguros para resolver el problema. Los pagos adicionales que su compañía de seguros le envíe posteriormente le serán reembolsados si su cuenta ha sido pagada. Si cambia de trabajo o pierde o cancela su seguro, los pagos pueden suspenderse. El saldo restante será su responsabilidad.

*****En resumen, verificaremos los beneficios y presentaremos reclamos únicamente.**

Cualquier otra interacción o conflicto debe ser resuelto por usted, el asegurado..***

Inicial:_____

Políticas de la Oficina

Citas perdidas

Las citas se programan en función de algo llamado "Tiempo del Doctor". Esto básicamente significa que se ha determinado, en base al tipo de cita, cuánto tiempo requiere el ortodoncista y cuánto tiempo requiere el asistente de ortodoncia para atender las necesidades del paciente. Aunque cada silla esté ocupada, nunca está previsto que el ortodoncista esté en dos lugares al mismo tiempo. A menudo nos preguntan si podemos incluir a alguien, pero esto no funciona porque un paciente no programado que está incluido en el horario provocará un atasco que provocaría que otra persona espere entre 15 y 30 minutos para su cita programada.

Por este motivo, si pierde una cita, a menos que tengamos una vacante debido a una cancelación, podrían pasar hasta 4 o 5 semanas antes de que haya otra cita disponible. Si necesita que lo atiendan antes de esta hora, generalmente podemos hacer arreglos para verlo durante el horario escolar cuando no atendemos a tantos pacientes. Además, si sale de nuestra oficina sin programar una cita o recibir un mensaje de texto con su próxima cita, es posible que no tengamos una vacante durante el período de tiempo en que el médico quería ver al paciente. Como puede ver, la falta de citas puede provocar la prolongación del tratamiento del paciente.

Tardanza

Nuestra oficina se esfuerza por ver a todos nuestros pacientes en los horarios designados. A veces nos quedamos atrás sin razones obvias. A veces, un padre requiere tiempo adicional para una explicación o un paciente requiere instrucciones adicionales sobre el cepillado de los dientes. Verá, tratamos de no permitir que nadie salga de nuestra oficina sin saber lo que ocurrió durante la visita y también queremos asegurarnos de que los pacientes estén haciendo un trabajo adecuado al cuidar sus dientes. Hemos trabajado estos circunstancias en nuestro cronograma para que el cronograma pueda mantenerse bastante cerca de llegar a tiempo.

Si a un paciente se le programa una cita a las 3:00 y no llega hasta las 3:15 o más tarde, es posible que no sea posible atenderlo. Nuestras citas están programadas en intervalos de 20, 30 o 40 minutos y ver a este paciente significa que otra persona que llegó a tiempo no podría ser atendida a la hora acordada. Si ver al paciente retrasado resulta en que otros pacientes sean atendidos tarde, solicitaremos que se reprograme la cita. Por supuesto, si existe alguna posibilidad de viendo al paciente, lo haremos. No queremos molestar a nadie. Si crees que vas a llegar tarde, llámanos y veremos qué podemos hacer por ti.

Soportes Rotos

Los aparatos rotos son parte del tratamiento de ortodoncia. Va con el territorio. En ocasiones el paciente ha recibido un traumatismo en la boca o tal vez simplemente decidió que no estaría de más hacer un poco de trampa en la "Lista de No Comer". El paciente promedio se romperá un bracket durante el tratamiento. A veces, los brackets se aflojan mientras el paciente está sentado, pero esto solo sucede si el bracket ya se aflojó un poco en una fecha anterior pero no se liberó completamente del diente.

Lo entendemos y no nos molestamos por ello. Pero queremos que sepa que los brackets rotos provocarán un retraso en el tratamiento.También queremos que sepa que cualquier cita que implique la colocación de aparatos ortopédicos deberá realizarse durante el horario escolar. Esta es una cita larga que no se puede hacer antes o después de la escuela, ya que todos quieren ser atendidos en este momento. **Todos** los pacientes deberán rotar las citas de la tarde después de la escuela o el trabajo. Permitiendo a todos los pacientes la oportunidad de aprovechar periódicamente estos tiempos.

***INITIAL*_____**

Además, les informamos a los pacientes que los primeros 5 frenillos rotos (5 veces la rotura normal) corren por nuestra cuenta. Después de eso, habrá un cargo de $50.00 por cada soporte roto adicional. Les avisaremos cada vez que se rompa un bracket o banda y cuántos obsequios más tendrán antes de que tengan que pagar la cita. Los soportes rotos también son la razón principal por la que nos retrasamos en nuestro cronograma, así que llame con anticipación para informarnos si uno de sus soportes está roto para que podamos incluir la reparación en nuestro cronograma.

INITIAL_____

Visitas y Limpiezas Dentales

Nuestra oficina no revisará si hay caries durante la visita del paciente a nuestra oficina a menos que sea muy obvia sin el uso de rayos X. Por eso es importante que el paciente visite a su dentista cada 3-6 meses para limpiezas y chequeos.

Algunos consultorios dentales solicitan que los pacientes se presenten en su consultorio sin los alambres de ortodoncia para que el higienista pueda hacer un mejor trabajo con los aparatos ortopédicos. Algunas oficinas cuentan con equipos especiales que no requieren que se retiren los cables. Si su dentista solicita que se retiren los cables, tendremos que hacer arreglos con usted para que vean al paciente en nuestro consultorio antes y después de la cita de limpieza.

Intentaremos que sea lo más conveniente posible para usted. Además, necesitamos saberlo con al menos 6 semanas de anticipación para que podamos coordinar y programar las citas apropiadas.

FAQ's

¿Cuánto tiempo me dolerán los dientes?
Espere que los dientes estén algo sensibles los primeros días después de que le ajusten los frenillos. Este malestar puede durar desde unos pocos días hasta una semana o dos. Tome lo que normalmente toma para el dolor de cabeza o para aliviar el dolor. Cuanto antes empieces a masticar, más rápido te adaptarás. Trate de no tener dientes de leche.

¿Me dolerá el interior de los labios para siempre?
Espere, de vez en cuando, que sus mejillas y labios se irritan. Con el tiempo se te volverá insensible. Si se forma una úlcera, utiliza la cera que te damos y colócala sobre los brackets que parecen estar causando el problema. La cera permanecerá en su lugar incluso mientras come si se asegura de que el área esté seca antes de colocar la cera. Saca un trozo pequeño, enrollado formando una bolita y pégalo sobre los tirantes. Llámenos si el problema no se resuelve.

¿Aún tengo que acudir a mi dentista para limpiezas y chequeos?
SI, SI, SI. Continúe visitando a su dentista para las limpiezas programadas periódicamente. Nos gustaría que vaya al menos cada seis meses para estar al tanto de todo. **Esto es muy importante.**

¿Más fluoruro?
Debe intentar utilizar un enjuague con flúor sin alcohol (Act, Crest, Listerine) TODAS las noches. Hágalo lo último que haga antes de acostarse para que no se borre mientras bebe agua. Sabemos que probablemente tengas flúor en tu pasta de dientes, pero esto es diferente. Esto protegerá su boca durante la noche mientras duerme. Esto ayuda si sigues nuestra dieta y te alejas de los refrescos, que son muy ácidos y llenos de azúcar. Recuerda, estos son tus dientes, cuídalos.

¿Por qué tengo este espacio entre mis dientes frontales?
A veces las cosas empeoran antes de mejorar. Los dientes se moverán en diferentes direcciones a medida que se enderezan. Es posible que vea un espacio entre los dos dientes frontales que nunca antes había estado allí o que los dientes que parecían perfectamente rectos antes de que se colocaran los frenillos pueden no parecer tan rectos. Tenga paciencia y las cosas empezarán a mejorar. Ese espacio se cerrará y esos dientes se alinearán, lo prometo. Para enderezar los peores dientes, es posible que los dientes más rectos se desalineen, pero eventualmente todos trabajan juntos para brindarle esa gran sonrisa por la que todos estamos trabajando.

¡Solo estaba comiendo puré de papas cuando se rompió el aparato ortopédico!
A veces, los frenillos no se desprenden inmediatamente después de aflojarse. A veces, la corteza de caramelo duro, bagel o pizza debilita el pegamento, pero no lo suficiente como para que se desprenda. Lo siguiente que sabes es que el soporte salta mientras estás sentado en clase o comiendo pan blanco. Lo importante es que nos llames lo antes posible para avisarnos (no es necesario los fines de semana, jaja). No necesariamente es necesario reemplazar el aparato ortopédico de inmediato, pero queremos saberlo, incluso si envía un mensaje de texto o deja un mensaje de voz. Si espera hasta el día de su cita para informarnos que le quitaron un aparato ortopédico, es posible que no podamos arreglarlo. Si lo sabemos con antelación, podemos hacer arreglos.

Mis dientes están flojos, ¿está bien? ¿Se van a caer?
Naturalmente, sus dientes comenzarán a sentirse flojos a medida que comiencen a moverse. Esto es necesario para alinear los dientes. Si se aflojan demasiado, se lo haremos saber, pero esto es raro.

¿Cuánto tiempo más estarán puestos los frenillos?
Recuerde, el tiempo que le dijimos es una estimación aproximada. Podría tardar un poco más o no tanto. Mucho de lo que pase depende de ti. Si no usas las bandas elásticas, planea agregar tiempo. Si rompe muchos paréntesis, planee agregar tiempo. Si falta a algunas citas, planee agregar tiempo. Incluso si todo va bien, podría llevar un poco más de tiempo. No hay dos personas que tengan dientes que se muevan de la misma manera y no queremos apresurar el resultado final. Preguntar en cada visita "cuánto falta" no le ayudará a quitarse los frenillos antes. ¡Pero nadie puede culparte por intentarlo!

La lista de NO COMER:

Goma	*Cosas Pegajosas*	*Cosas Duras*
Goma	Kraft Caramels	Hielo
	Caramels Manzanas	Palomitas
	Acarameladas	Semillas de nuez
	Barras de caramelo	Galletas duras
	Rollitos de tootsie	Carne Seca
	Pasas	Elote
	Trapos de leche	Verduras crudas: zanahorias
	Regaliz	Frutas duras: manzanas enteras
	Laffy Taffy	Estallido estelar Plumas y
	Mike & Ikes	apicess
	Rancheros	Conchas duras
	Alegres	Para tacos
	Salvavidas	Rollos duros
	ETC.	Bagels
		Takis
		Chetos

Además de todo lo anterior viene el grupo llamado **DULCES**. Los dulces se pueden comer pero es muy importante que te cepilles o te enjuagues la boca **inmediatamente** después de comerlos. Los dulces no dañarán tus frenillos, pero sí dañarán tus dientes. Así es como aparecen esas manchas blancas en los dientes cuando se usan frenillos. Lo peor de todos los dulces son los refrescos (Coca-Cola, Pepsi, Mountain Dew, etc.). No importa si el refresco Sea dieta o no, tendrá el mismo efecto en tus dientes. Le pedimos que intente ***mantenerse alejado de los refrescos durante su tratamiento.***

Si se le suelta un bracket antes de una cita, **llame el mismo día que descubra que está roto**. No nos enojaremos con usted, pero queremos asegurarnos de tener suficiente tiempo para solucionarlo durante su cita programada regularmente. Algunos soportes rotos pueden esperar a ser reparados, mientras que otros deben repararse lo antes posible.

Lo último que nos gustaría que supiera es que ***cuando dobla los cables o suelta un aparato ortopédico***, corre el riesgo de que el ***tratamiento demore más***. Si ***mastica chicle*** antes de que el Dr. Knapp le diga que está permitido, puede desalojar los cables iniciales, que son muy endebles, lo que significa que el ***tratamiento tardará más***. Si haces trampa, al final sólo te engañarás a ti mismo. Sólo recuerde estas cosas desde el principio y deberá terminar su tratamiento a tiempo.

Todos queremos que esta sea una experiencia positiva para usted y queremos terminar el trabajo lo más rápido posible. Esto sólo sucederá con su cooperación. Trabajemos juntos para brindarle la mejor sonrisa posible en el menor tiempo posible.

¡ESTAMOS MUY FELICES DE QUE NOS HAYA ELEGIDO PARA AYUDARLE A CREAR UNA SONRISA FANTÁSTICA!

Formulario de Autorización de Fotografía/Vídeo

(Para uso de materiales fotográficos, de vídeo y testimoniales.)

Nombre del Participante: _____

Por este medio autorizo a Knapp Orthodontics a publicar fotografías/videos de antes y después de CARA COMPLETA/BOCA tomados de mí o de mi hijo para su uso en su publicación impresa, colgada en su oficina, en sus redes sociales (Facebook, Instagram, etc.) y en su página web. Entiendo que mi nombre se mantendrá confidencial.

Reconozco que dado que mi participación en las publicaciones, la oficina, las redes sociales y los sitios web producidos por Knapp Orthodontics es voluntaria, no recibiré ninguna compensación financiera.

Además, acepto que mi participación en cualquier publicación, exhibición de oficina, redes sociales y sitio web producidos por Knapp Orthodontics no me confiere ningún derecho de propiedad.

Liberó a Knapp Orthodontics, sus contratistas y sus empleados de toda responsabilidad por cualquier reclamación mía o de un tercero en relación con mi participación.

Firma del Participante:_____Fecha: _____

Firma del Tutor:_____Fecha: _____

Me gustaría rechazar el uso de mis fotos o las fotos de mi hijo:

Firma del Participante:_____Fecha: _____

KNAPP ORTHODONTICS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA CON ALINEADORES CLAROS

Beneficios

• Los alineadores transparentes ofrecen una alternativa estética a los brackets convencionales para el movimiento de los dientes.
• Los alineadores son casi invisibles, por lo que muchas personas no se darán cuenta de que estás en tratamiento.
• Los alineadores permiten realizar tareas normales de cepillado y uso de hilo dental que generalmente se ven afectadas por los aparatos ortopédicos convencionales.
• Los alineadores no tienen los alambres metálicos ni los brackets asociados con los brackets convencionales.

Riesgos e inconvenientes

Al igual que otros tratamientos de ortodoncia, el uso de productos alineadores transparentes puede implicar algunos de los riesgos que se describen a continuación:
• Los alineadores transparentes son capaces de producir movimientos de los dientes de leves a moderados. No están diseñados para corregir problemas importantes de mordida ni para cerrar grandes espacios.
• **No usar los aparatos durante la cantidad requerida de horas por día (22 horas o más), no usar los productos y/o no usar elásticos según las indicaciones de su médico, faltar a las citas y dientes con formas atípicas pueden alargar el tiempo del tratamiento y afectan la capacidad de lograr los resultados deseados.**
• **No usar los aparatos según lo prescrito también puede permitir una recaída dental u otros movimientos no deseados que requieran una nueva exploración y reiniciar el proceso, lo que puede llevar a un mayor tiempo de tratamiento y costos adicionales. NO deje de usar alineadores hasta hablar con el Dr. Knapp.**
• Se puede experimentar sensibilidad dental después de cambiar al siguiente alineador de la serie;
• Las encías, las mejillas y los labios pueden rascarse o irritarse.
• Los dientes pueden cambiar de posición después del tratamiento. El uso fiel del retenedor al final del tratamiento debería reducir este problema.
• Pueden producirse caries, enfermedad periodontal, inflamación de las encías o marcas permanentes (p. ej., descalcificación) si los pacientes consumen alimentos o bebidas que contienen azúcar, no se cepillan los dientes ni usan hilo dental correctamente antes de usar el alineador transparente, o no usan el alineador bucal adecuado. higiene y mantenimiento preventivo.
• Los alineadores pueden afectar temporalmente el habla y provocar un ceceo, aunque cualquier impedimento del habla causado por el alineador transparente debería desaparecer en una o dos semanas.
• Los alineadores pueden causar un aumento temporal de la salivación o sequedad bucal; ciertos medicamentos pueden exacerbar.
• Los dientes pueden requerir una reducción interproximal (o adelgazamiento) para crear espacio que permita el movimiento de los dientes.
• Las condiciones médicas generales y el uso de medicamentos pueden afectar el tratamiento de ortodoncia.
• La salud de los huesos y las encías que sostienen los dientes puede verse afectada o agravada.
• Un diente que ha sido previamente traumatizado o restaurado significativamente puede verse agravado. En raras ocasiones, la vida útil del diente puede reducirse, el diente puede requerir tratamiento dental adicional, como endodoncia y/o trabajo de restauración adicional, y el diente puede perderse.
• Las restauraciones dentales existentes (por ejemplo, coronas) pueden desprenderse y requerir nueva cementación o, en algunos casos, reemplazo.
• NUNCA coma ni beba (excepto agua) con los alineadores insertados. Se producirán graves daños y deterioro.
• La rotura del alineador tiene una mayor probabilidad en casos con múltiples dientes faltantes.
• En casos raros, también pueden ocurrir problemas en la articulación de la mandíbula, causando dolor en las articulaciones, dolores de cabeza o problemas de oído.
• Pueden ocurrir reacciones alérgicas.
• Los dientes que no están cubiertos al menos parcialmente por el alineador pueden moverse de forma no planificada.
• **Tendrá accesorios en los dientes (protuberancias del color de los dientes) para ayudar en el movimiento de los dientes. Estos se eliminarán al finalizar el tratamiento.**
***Cambiar a aparatos ortopédicos convencionales o necesitar fabricar nuevos aparatos debido al incumplimiento generará costos adicionales.**

_____ _____
Paciente/Guardian Legal Fecha

_____
IMPRIMIR Nombre:

_____ _____
Medico/Testigo Fecha