



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



CONFIDENCIAL

PACIENTE

Fecha _____

Apellido del paciente _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Prefiere ser llamado _____ Pasatiempos, actividades _____

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

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

Domicilio particular _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

Teléfono particular () _____ Teléfono celular () _____

PADRE/MADRE/TUTOR

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

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

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

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio (si es diferente) _____

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

Teléfono laboral () _____

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

Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____

Domicilio (si es diferente) _____

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

Teléfono laboral () _____

ODONTÓLOGO

Odontólogo del paciente _____ Dirección, Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

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

Motivo _____

INFORMACIÓN GENERAL

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

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

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

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

¿Por qué seleccionó nuestro consultorio? _____

Describe algún tratamiento o alguna consulta de ortodoncia anteriores. _____

¿Toca su hijo un instrumento musical? _____

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

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

¿Quién es el responsable financiero de esta cuenta? _____

Domicilio (si es diferente del mencionado en la página 1) _____ Ciudad, Estado, Código postal _____

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

Dirección (direcciones) de correo electrónico _____

N.º de seguro social _____ Empleador _____

¿Quién será responsable de traer al paciente a las citas de ortodoncia? _____

SEGURO DENTAL

Nombre completo del titular primario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____

Empleador _____ Domicilio _____

Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____

¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No sé

Nombre completo del titular secundario de la póliza _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de seguro social _____ Relación con el paciente _____

Domicilio y teléfono (si no se indicaron anteriormente) _____

Empleador _____ Domicilio _____

Compañía de seguros _____ N.º de grupo _____ N.º de ID _____

¿Tiene esta póliza beneficios de ortodoncia? Sí No No sé

SEGURO MÉDICO

Nombre completo del titular de la póliza _____

Compañía de seguros _____

MÉDICO

Médico del paciente _____ Ciudad, Estado _____

Última visita _____ Motivo _____ Próxima cita _____

Examen físico más reciente _____

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

Nombre _____ Ciudad, Estado _____

Motivo _____

Nombre _____ Ciudad, Estado _____

Motivo _____

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

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

ANTECEDENTES MÉDICOS

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

Sí No No sé/No entiendo

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

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

Sí No No sé/No entiendo

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

ANTECEDENTES DENTALES

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

Sí No No sé/No entiendo

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

INFORMACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE

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

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

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

Medicamento _____ Tomado para _____

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

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

¿Masca o fuma tabaco su hijo? _____

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

¿Otros problemas físicos? _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

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

Trastornos hemorrágicos _____ Diabetes _____

Artritis _____ Alergias graves _____

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

¿Otras afecciones médicas familiares? _____

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

DIVULGACIÓN Y EXENCIÓN

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

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

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

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

ACTUALIZACIONES O CAMBIOS EN LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____

Cambios _____

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de odontología _____ Fecha _____



INFORMACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE CITAS

Nuestro sistema de citas tiene varios objetivos: queremos verte a tiempo y disponer de tiempo suficiente para realizar los tratamientos necesarios, proporcionarte información sobre tu tratamiento y responder a cualquier duda. También queremos trabajar contigo alrededor de tu horario escolar y laboral. Por lo tanto, necesitamos tanto estructura como flexibilidad en nuestro sistema de citas.

Aquí tienes algunos aspectos importantes del sistema de citas:

1. Entre las 2:00PM y las 4:30PM programamos muchas citas cortas para que el mayor número posible de pacientes no falte a la escuela o al trabajo. Ofrecemos excusas para la escuela y el trabajo si son necesarios.
2. Como el horario está cuidadosamente elaborado, tu llegada tardía puede causar problemas en el flujo de las citas. Para ser justos con todos los pacientes programados, si llegas más de 10 minutos tarde, reprogramaremos tu cita. Si eliges esperar y ser atendido, tendrás que esperar hasta que todos los demás pacientes que hayan llegado a tiempo sean atendidos.
3. Citas largas son más detalladas y se programan durante horas de la mañana.
4. Citas para reparaciones se programan durante la mañana.
5. Si no asiste a su cita, se la reprogramaremos durante horas de la mañana. De otra manera, tendrás que esperar por lo menos 6-8 semanas para una cita después de la escuela o del trabajo, ya que esas citas están programadas con mucha antelación.
6. Puede que te sorprenda, te preocupe o te confunda lo cortas que son algunas citas. A veces debemos ver al paciente durante una breve visita para dar seguimiento al movimiento dental sin hacer ajustes complejos.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

He leído y comprendido las políticas de citas de All About Smiles Orthodontics.

Signature

Date

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMUNICADO DE PRENSA

Yo, (nombre) _____ ,
autorizo y permito que **All About Smiles Orthodontics** y sus respectivos ortodoncistas (en adelante denominados **All About Smiles Orthodontics**) utilicen fotos mías y de mi sonrisa tanto antes como después, en calidad de presentación de casos, en todas las formas de comunicados de prensa, publicaciones en redes sociales (Instagram y Facebook, etc.) y en la galería de la web de la empresa, fotografía en consulta, exposiciones en la sala de espera y las áreas de tratamiento, y en un cuaderno de compilación para presentaciones de casos.

Entiendo que estas fotos pueden ser utilizadas por **All About Smiles Orthodontics** con otros fines comerciales con mi consentimiento por escrito.

Nota: Si el paciente tiene menos de 18 años, se requiere la firma del padre o tutor legal
(impreso) Nombre del menor: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Paciente, Tutor Legal o Representante Autorizado)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

para el Paciente de Ortodoncia Riesgos y Limitaciones del Tratamiento de Ortodoncia

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

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

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

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



American
Association of
Orthodontists®

CONSENTIMIENTO INFORMADO para el Paciente de Ortodoncia

Resultados del tratamiento

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

Duración del tratamiento

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

Molestias

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

Recidiva

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

Extracciones

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

Cirugía Ortognática

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

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

Descalcificación y Caries Dental

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

Resorción Radicular

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

Daños al nervio

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

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (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 haya que interrumpirlo antes de finalizar.

Lesiones Causadas por los Aparatos de Ortodoncia

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

Arcos Faciales

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

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (Mandíbula)

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

Dientes Retenidos, Anquilosados y No Erupcionados

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

Ajuste Oclusal

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

Resultados No Ideales

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

Terceros Molares

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

Alergias

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

continúa en la página siguiente

