

CONSENTIMIENTO INFORMADO

para el paciente de ortodoncia Riesgos y limitaciones del tratamiento de ortodoncia

Un tratamiento de ortodoncia exitoso es una asociación entre el ortodoncista y el paciente. El médico y el personal están dedicados a lograr el mejor resultado posible para cada paciente. Como regla general, los pacientes informados y cooperativos pueden lograr resultados de ortodoncia positivos. Aunque se reconoce los beneficios de una sonrisa hermosa y saludable, también se debe tener en cuenta que, como ocurre con todas las artes curativas, el tratamiento de ortodoncia tiene limitaciones y riesgos potenciales. Estos rara vez son lo suficientemente graves como para indicar que no debe recibir tratamiento; sin embargo, todos los pacientes deben considerar seriamente la opción de no recibir ningún tratamiento de ortodoncia al aceptar su condición oral actual. Las alternativas al tratamiento de ortodoncia varían según el problema específico del individuo, y pueden considerarse soluciones protésicas o un tratamiento de ortodoncia limitado. Se le anima a discutir las alternativas con un médico antes de comenzar el tratamiento.

La Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial es la especialidad odontológica que comprende el diagnóstico, prevención, intercepción y corrección de las maloclusiones, así como de 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 capacitación de posgrado en ortodoncia en un programa acreditado después de graduarse de la facultad de odontología.

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 algunos 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.

Molestias

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 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 la 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 cita con 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 recibir la atención médica.

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.

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

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 la 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 cita con 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 recibir la atención médica.

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.

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 _____

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PODER ACCEDER A ELLA. REVÍSELA CON DETENCIÓN.

CÓMO ENTENDER SU INFORMACIÓN DE SALUD

Cada vez que viene a nuestro consultorio, registramos su visita para poder gestionar la atención que recibe. Entendemos que la información médica que se registra acerca de usted y de su salud constituye información personal. Además, la confidencialidad y privacidad de su información de salud están protegidas por leyes estatales y federales.

Este Aviso sobre Prácticas de Privacidad describe la forma en que esta oficina puede usar y divulgar su información y los derechos que posee usted con respecto a su información de salud.

Cómo usaremos o divulgaremos su información de salud

Tratamiento: Usaremos su información de salud para tratamientos. Por ejemplo, la información que obtengan el ortodoncista u otros miembros de su equipo de atención de salud quedará en su expediente y servirá para determinar el curso de tratamiento que más le conviene. El ortodoncista documentará en su expediente las expectativas de los miembros del equipo de atención de salud. Entonces, los miembros del equipo de atención de salud registrarán las medidas que adopten y sus observaciones, para que el médico sepa cómo está respondiendo al tratamiento. También entregaremos copias de los diversos informes a su médico o a su posterior proveedor de atención de salud, lo cual les ayudarán a tratarlo.

Pago: Usaremos su información de salud para pagos. Por ejemplo, es posible que usted o su plan de salud reciban una factura. La información que aparece o que acompaña a la factura podría incluir antecedentes que lo identifiquen, así como su diagnóstico, sus procedimientos y los suministros utilizados.

Operaciones de atención de salud: Usaremos su información de salud para nuestras operaciones habituales de atención de salud. Por ejemplo, podríamos utilizar la información de su historial médico para evaluar la atención y el resultado en su caso y en otros casos similares. Luego, esta información se empleará en un esfuerzo continuo por mejorar la calidad y la eficacia de nuestros servicios.

Asociados comerciales: Podemos celebrar contratos con personas o entidades conocidas como asociados comerciales que prestan servicios o realizan funciones en nombre nuestro. Entre los ejemplos de esto se incluyen nuestros contadores, consultores y abogados. Podemos divulgar su información de salud con nuestros asociados comerciales para que puedan efectuar el trabajo que les pedimos, una vez que acepten por escrito salvaguardar su información.

Notificación: Podemos usar o divulgar información para ayudar en la notificación sobre su ubicación y estado general a algún familiar, representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Si no podemos comunicarnos con ese familiar o con su representante personal, podríamos dejarles un mensaje en el número de teléfono que hayan informado, por ejemplo, en un respondedor automático.

Comunicación con la familia: Podemos divulgar información de salud a algún familiar, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona a quien usted identifique y que sea relevante para la actuación de esa persona en su cuidado o en el pago relacionado con su cuidado.

Recordatorios de citas / prestaciones de salud: Es posible que nos pongamos en contacto con usted para entregarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otras prestaciones de salud que le podrían interesar.

Directores de servicios funerarios y médicos forenses: Podemos divulgar su información de salud a directores de servicios funerarios y a médicos forenses o legistas para que efectúen sus respectivas funciones de acuerdo con la ley aplicable.

Organizaciones para la obtención de órganos: De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar su información de salud a organizaciones dedicadas a la obtención de órganos o a otras entidades dedicadas a la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos para fines de donación y trasplante de tejidos.

Investigación: Podemos divulgar su información de salud a investigadores cuando se trate de investigaciones aprobadas por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud. También podemos divulgar su información de salud a personas que estén en preparativos para la realización de un proyecto de investigación, siempre que la información médica permanezca en nuestro poder. También podemos usar y divulgar su información de salud para informarle sobre la posibilidad de participar en un estudio de investigación.

Recaudación de fondos: Podemos comunicarnos con usted como parte de nuestras gestiones para la recaudación de fondos; sin embargo, usted puede optar por excluirse de dichas comunicaciones.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): Podemos divulgar a la FDA información de salud acerca de eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, así como información de vigilancia posterior a la comercialización, para permitir el retiro de productos del mercado, la reparación de productos o el reemplazo de productos.

Compensación por accidentes del trabajo: Podemos divulgar información de salud en la medida autorizada y necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación por accidentes del trabajado u otros programas similares establecidos por la ley.

Actividades de salud pública: Según lo exija la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública o a las autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades.

Actividades de supervisión de salud: Podemos divulgar su información de salud a los organismos de supervisión de salud para la ejecución de actividades de supervisión de salud legalmente autorizadas, por ejemplo, auditorías e investigaciones necesarias para la supervisión del sistema de atención de salud y de los programas de beneficios gubernamentales.

Institución penitenciaria: Si usted es un interno en una institución penitenciaria, podemos divulgar a esa institución o a los agentes de esa institución la información de salud necesaria para su propia salud y para la salud y la seguridad de los demás.

Procedimientos judiciales y administrativos: Podemos divulgar su información de salud en un procedimiento judicial o administrativo, si la petición de información se cursa mediante la orden de una corte o de un tribunal administrativo. Dicha información también puede ser divulgada en respuesta a una citación u otro proceso legal, si se ofrecen ciertos resguardos con respecto a dar aviso o una orden de protección a favor de la persona afectada por la divulgación.

Fines de orden público / Amenaza grave a la salud o la seguridad: Podemos divulgar su información de salud a las fuerzas de orden público en determinadas circunstancias y con apego a ciertas condiciones. También podemos divulgar su información de salud con el fin de prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente para alguna persona o para el público (cuando la divulgación la reciba alguien que consideremos capaz de prevenir o aminorar la amenaza) o con el fin de identificar o aprehender a un fugitivo o criminal violento.

Victimas de abuso, negligencia y violencia doméstica: En determinadas circunstancias, podemos divulgar su información de salud a las autoridades gubernamentales competentes, si es que existen acusaciones de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Funciones gubernamentales esenciales: Podemos divulgar su información de salud para la realización de determinadas funciones gubernamentales esenciales (por ejemplo, actividad militar y con fines de seguridad nacional).

Los usos y las divulgaciones que aparecen a continuación solo podrán ocurrir con su autorización: (i) con restringidas excepciones, usos y divulgaciones de su información de salud con fines de comercialización, incluidas las comunicaciones sobre tratamientos subvencionados; (ii) divulgaciones que constituyan venta de su información de salud; y (iii) otros usos y divulgaciones que no se describan en este aviso. Usted puede revocar por escrito su autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que hayamos adoptado medidas basadas en el uso o en la divulgación que se indica en la autorización.

Derechos sobre su información de salud

Si bien la propiedad física de su historial de salud le pertenece a esta oficina, usted posee los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

- Puede pedir que no usemos o que no divulguemos su información de salud para un fin específico relacionado con tratamientos, pagos o nuestras operaciones generales de atención de salud o puede pedir que no usemos o que no divulguemos su información de salud a un miembro específico de su familia o a otros parientes o amigos personales cercanos en particular. Le pedimos que dichas solicitudes sean presentadas por escrito en un formulario que le proporcionaremos. Aunque vamos a considerar su solicitud, recuerde que no tenemos obligación alguna de aceptarla o de cumplirla, excepto en lo siguiente.
- Si ha pagado la totalidad de los servicios de su propio bolsillo, puede pedir que no divulguemos a su plan de salud la información relacionada exclusivamente con tales servicios. Le pedimos que dichas solicitudes sean presentadas por escrito en un formulario que le proporcionaremos. Tenemos la obligación de cumplir dicha solicitud, excepto cuando la ley nos exija la divulgación. No estamos obligados a informar a otros proveedores acerca de tal solicitud, por lo cual usted debe notificarles.
- Tiene derecho a recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en un lugar alternativo. Dicha solicitud debe ser presentada por escrito ante el funcionario encargado de privacidad. Intentaremos admitir todas las peticiones razonables.
- Puede pedir la inspección u obtención de copias de la información sobre su salud, las cuales le serán concedidas en los plazos legales establecidos. Si mantenemos su información de salud en forma electrónica como parte de un conjunto designado de registros, puede obtener una copia electrónica de su información. Si pide una copia (impresa o electrónica), le cobraremos un cargo razonable basado en el costo.
- Si cree que la información de salud de su expediente es incorrecta o si cree que le falta información importante, puede pedir que corrijamos la información existente o que agreguemos la información faltante. Dichas solicitudes deben ser presentadas por escrito con una justificación que respalde la modificación. Le pedimos que use el formulario que le proporcionamos para elevar dichas solicitudes. Comuníquese con el funcionario encargado de privacidad para recibir un formulario de solicitud.

- Puede pedir que le entreguemos un recuento por escrito de todas las divulgaciones realizadas durante el período de solicitud (no superior a seis años), como lo exige la ley. Le pedimos que dichas solicitudes sean presentadas por escrito en un formulario que le proporcionaremos. Considere que el recuento no incluirá todas las divulgaciones, por ejemplo, divulgaciones con fines de tratamientos, pagos u operaciones de atención de salud y divulgaciones recibidas por usted o por su representante legal o conforme a una autorización. No se le cobrará la primera solicitud de recuento en cualquier período de 12 meses. Sin embargo, se le cobrará un cargo razonable basado en el costo por cualquier solicitud posterior.
- Tiene derecho a recibir una notificación tras una transgresión a su información de salud protegida no asegurada.
- Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro Aviso sobre Prácticas de Privacidad, si la solicita.

Para acceder a más información o para denunciar un problema

Tiene derecho a presentar una queja ante nosotros y ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), si cree que hemos infringido sus derechos de privacidad. No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Para acceder a más información o presentar una queja ante nosotros, comuníquese con nuestro funcionario encargado de privacidad por teléfono o correo postal del siguiente modo: _____.

Para presentar una queja ante el Secretario del HHS, diríjala a: **[INSERTAR DIRECCIÓN DE LA OFICINA REGIONAL DE LA OFICINA DE DERECHOS CIVILES.]**

Si tiene dudas o si desea más información acerca de este Aviso sobre Prácticas de Privacidad, comuníquese con nuestro funcionario encargado de privacidad.

Reconocido por: _____ Fecha: _____
Firma del paciente o del representante personal del paciente

[INSERTAR LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTE AVISO.]

Alineador transparente para pacientes

Consentimiento informado complementario y acuerdo de cumplimiento

Nuestro equipo especializado en ortodoncia se dedica a brindar una atención excepcional al paciente. Para garantizar que su tratamiento con alineadores transparentes avance según lo programado, es fundamental que comprenda los procedimientos involucrados en su tratamiento.

- 1. TIEMPO DE USO:** Los alineadores deben usarse aproximadamente 20 horas al día, excepto para comer, beber líquidos, cepillarse los dientes y usar hilo dental. Un tiempo de uso menor puede resultar en un tratamiento prolongado, falta de seguimiento, resultados subóptimos e inestabilidad de la alineación y oclusión dental.
- 2. ACCESORIOS:** Se unirán pequeños accesorios y/o botones del color del diente a muchos o incluso a todos sus dientes, incluidos los dientes frontales, para ayudar a moverlos correctamente. Los accesorios generalmente se colocan en la primera visita y se pueden agregar o quitar más según sea necesario más adelante en el tratamiento. Los accesorios son una parte esencial del éxito del tratamiento con alineadores para la mayoría de los pacientes. Son discretos pero no invisibles. Rechazar la colocación de accesorios en ciertos dientes cuando se recomienda COMPROMETE los resultados finales. Si el tratamiento se extiende más allá del tiempo de tratamiento estimado debido a que el paciente rechaza los accesorios recomendados, se incurrirá en tarifas adicionales.
- 3. REDUCCIÓN INTERPROXIMAL (IPR):** La reproximación/recontorneado/adalgamiento del esmalte es la eliminación de décimas de milímetro (0.1 mm a 0.5 mm) de esmalte en los puntos de contacto dental con una lima fina, un disco o una fresa. A veces es necesario para resolver el apiñamiento, facilitar el movimiento dentario o lograr otros cambios deseados en la mordida. No es perjudicial para los dientes y, por lo general, se realiza de forma rápida e indolora. Rechazar este tratamiento cuando se lo recomiendan dará lugar a resultados comprometidos.
- 4. LIGAS:** Es posible que se receten ligas o "bandas elásticas" para usar desde los dientes superiores hasta los inferiores para mejorar la mordida. Para obtener resultados óptimos, se deben usar siempre que se tengan los alineadores en la boca (aproximadamente 20 horas por día) según las instrucciones.
- 5. CUIDADO DE LOS ALINEADORES:** Siempre guarde los alineadores en su estuche cuando no los esté usando para evitar perderlos. La pérdida repetida de varios alineadores puede generar un cargo por reemplazo de \$_____/alineador. Conserve siempre los tres alineadores anteriores.
- 6. HABLA:** La mayoría de los pacientes notan que el habla se normaliza después de la primera semana de uso de los alineadores. Sin embargo, hay un período de aclimatación en el que debe usar los alineadores constantemente a pesar de un ligero impedimento en el habla para que su lengua se vuelva a entrenar para una articulación adecuada.
- 7. CHEWIES:** Usar chewies/acomodadores de alineadores a diario para mantener el tratamiento en marcha.
- 8. RIESGO DE CARIES/MANCHAS:** Comer y beber con los alineadores puestos puede provocar la descalcificación del esmalte y caries. Quítese los alineadores para comer y beber cualquier cosa que no sea agua sin gas, cepílese o enjuáguese con agua antes de volver a colocarlos. Si no lo hace, se producirán caries y manchas en los alineadores, los accesorios y los dientes.
- 9. CITAS:** Asista a sus citas programadas. Esta es la única forma en que podemos asegurarnos de que su tratamiento avance según lo planeado. Siempre use su alineador actual en su cita.
- 10. SERIES DE ALINEADORES:** Los alineadores se fabricarán y se le entregarán en series. Después de la primera serie de alineadores, es posible que se necesiten alineadores de "refinamiento" adicionales (que posiblemente incluyan brackets fijos o ligas de asentamiento) para detallar su sonrisa y mordida. ____ series de alineadores o ____ "refinamientos" están incluidos en su tarifa de tratamiento. Si desea un movimiento dentario adicional más allá de lo que se puede lograr en ____ series de alineadores, es posible que se apliquen tarifas adicionales.
- 11. POSIBLE NECESIDAD DE BRACKETS TRADICIONALES:** Algunos movimientos dentarios no se logran de manera eficiente o predecible con alineadores transparentes. Durante el tratamiento, es posible que le ofrezcan un tratamiento breve con aparatos fijos con ligas más un ajuste oclusal para perfeccionar las posiciones de los dientes y la mordida. En ese momento, será su elección continuar con algunos meses de brackets o dejar sus dientes en la mejor posición que los alineadores pudieron lograr. Si la necesidad de cambiar a brackets tradicionales se debe a un cumplimiento deficiente del tiempo de uso requerido de los alineadores, es posible que se aplique una tarifa para cubrir el costo de los materiales y el tiempo del personal.
- 12. RECESIÓN GINGIVAL E INJERTO:** La recesión gingival y la necesidad de un injerto gingival por parte de un periodoncista es un riesgo de todo tratamiento de ortodoncia, pero puede aumentar con el uso de alineadores en adultos con encías delgadas. Por favor, notifique a nuestro consultorio si comienza a notar que la recesión gingival se desarrolla o empeora.
- 13. RETENCIÓN:** Al final del tratamiento de ortodoncia, debe usar retenedores según lo prescrito por su ortodoncista para mantener su hermosa sonrisa nueva. Los retenedores son de por vida (o mientras desee mantener sus dientes alineados).

He leído y comprendo los procedimientos necesarios para el éxito de mi tratamiento de ortodoncia con alineadores transparentes. Si no estoy de acuerdo o no cumplo con alguno de los puntos anteriores, comprendo que los resultados de mi tratamiento pueden verse afectados:

Fecha: _____
Nombre del paciente: _____
Firma del paciente: _____

Patients Full Name: _____

Today's Date: _____

INFORMED CONSENT

for the Orthodontic Patient

Risks and Limitations of Orthodontic Treatment

Successful orthodontic treatment is a partnership between the orthodontist and the patient. The doctor and staff are dedicated to achieving the best possible result for each patient. As a general rule, informed and cooperative patients can achieve positive orthodontic results. While recognizing the benefits of a beautiful healthy smile, you should also be aware that, as with all healing arts, orthodontic treatment has limitations and potential risks. These are seldom serious

enough to indicate that you should not have treatment; however, all patients should seriously consider the option of no orthodontic treatment at all by accepting their present oral condition. Alternatives to orthodontic treatment vary with the individual's specific problem, and prosthetic solutions or limited orthodontic treatment may be considerations. You are encouraged to discuss alternatives with the doctor prior to beginning treatment.

Orthodontics and Dentofacial Orthopedics is the dental specialty that includes the diagnosis, prevention, interception and correction of malocclusion, as well as neuromuscular and skeletal abnormalities of the developing or mature orofacial structures.

An orthodontist is a dental specialist who has completed at least two additional years of graduate training in orthodontics at an accredited program after graduation from dental school.



American
Association of
Orthodontists®

Results of Treatment

Orthodontic treatment usually proceeds as planned, and we intend to do everything possible to achieve the best results for every patient. However, we cannot guarantee that you will be completely satisfied with your results, nor can all complications or consequences be anticipated. The success of treatment depends on your cooperation in keeping appointments, maintaining good oral hygiene, avoiding loose or broken appliances, and following the orthodontist's instructions carefully.

Length of Treatment

The length of treatment depends on a number of issues, including the severity of the problem, the patient's growth and the level of patient cooperation. The actual treatment time is usually close to the estimated treatment time, but treatment may be lengthened if, for example, unanticipated growth occurs, if there are habits affecting the dentofacial structures, if periodontal or other dental problems occur, or if patient cooperation is not adequate. Therefore, changes in the original treatment plan may become necessary. If treatment time is extended beyond the original estimate, additional fees may be assessed.

Discomfort

The mouth is very sensitive so you can expect an adjustment period and some discomfort due to the introduction of orthodontic appliances. Non-prescription pain medication can be used during this adjustment period.

Relapse

Completed orthodontic treatment does not guarantee perfectly straight teeth for the rest of your life. Retainers will be required to keep your teeth in their new positions as a result of your orthodontic treatment. You must wear your retainers as instructed or teeth may shift, in addition to other adverse effects. Regular retainer wear is often necessary for several years following orthodontic treatment. However, changes after that time can occur due to natural causes, including habits such as tongue thrusting, mouth breathing, and growth and maturation that continue throughout life. Later in life, most people will see their teeth shift. Minor irregularities, particularly in the lower front teeth, may have to be accepted. Some changes may require additional orthodontic treatment or, in some cases, surgery. Some situations may require non-removable retainers or other dental appliances made by your family dentist.

Extractions

Some cases will require the removal of deciduous (baby) teeth or permanent teeth. There are additional risks associated with the removal of teeth which you should discuss with your family dentist or oral surgeon prior to the procedure.

Orthognathic Surgery

Some patients have significant skeletal disharmonies which require orthodontic treatment in conjunction with orthognathic (dentofacial) surgery. There are additional risks associated with this surgery which you should discuss with your oral and/or maxillofacial surgeon prior to beginning orthodontic treatment. Please be aware

that orthodontic treatment prior to orthognathic surgery often only aligns the teeth within the individual dental arches. Therefore, patients discontinuing orthodontic treatment without completing the planned surgical procedures may have a malocclusion that is worse than when they began treatment!

Decalcification and Dental Caries

Excellent oral hygiene is essential during orthodontic treatment as are regular visits to your family dentist. Inadequate or improper hygiene could result in cavities, discolored teeth, periodontal disease and/or decalcification. These same problems can occur without orthodontic treatment, but the risk is greater to an individual wearing braces or other appliances. These problems may be aggravated if the patient has not had the benefit of fluoridated water or its substitute, or if the patient consumes sweetened beverages or foods.

Root Resorption

The roots of some patients' teeth become shorter (resorption) during orthodontic treatment. It is not known exactly what causes root resorption, nor is it possible to predict which patients will experience it. However, many patients have retained teeth throughout life with severely shortened roots. If resorption is detected during orthodontic treatment, your orthodontist may recommend a pause in treatment or the removal of the appliances prior to the completion of orthodontic treatment.

Nerve Damage

A tooth that has been traumatized by an accident or deep decay may have experienced damage to the nerve of the tooth. Also, the nerve of a tooth may die for no apparent reason, and this is known as "spontaneous pulpal necrosis." Orthodontic tooth movement may, in some cases, aggravate these conditions and cause root canal treatment to be necessary. In severe cases, the tooth or teeth, may be lost.

Periodontal Disease

Periodontal (gum and bone) disease can develop or worsen during orthodontic treatment due to many factors, but most often due to the lack of adequate oral hygiene. You must have your general dentist, or if indicated, a periodontist monitor your periodontal health during orthodontic treatment every three to six months. If periodontal problems cannot be controlled, orthodontic treatment may have to be discontinued prior to completion.

Injury From Orthodontic Appliances

Activities or foods which could damage, loosen or dislodge orthodontic appliances need to be avoided. Loosened or damaged orthodontic appliances can be inhaled or swallowed or could cause other damage to the patient. You should inform your orthodontist of any unusual symptoms or of any loose or broken appliances as soon as they are noticed. Damage to the enamel of a tooth or to a restoration (crown, bonding, veneer, etc.) is possible when orthodontic appliances are removed. This problem may be more likely when esthetic (clear or tooth colored) appliances have been selected. If damage to a tooth or restoration occurs, restoration of the involved tooth/teeth by your dentist may be necessary.

Headgear

Orthodontic headgear can cause injury to the patient. Injuries can include damage to the face or eyes. In the event of injury or especially an eye injury, however minor, immediate medical help should be sought. Refrain from wearing headgear in situations where there may be a chance that it could be dislodged or pulled off. Sports activities and games should be avoided when wearing orthodontic headgear.

Temporomandibular (Jaw) Joint Dysfunction

Problems may occur in the jaw joints, i.e., temporomandibular joints (TMJ), causing pain, headaches or ear problems. Many factors can affect the health of the jaw joints, including past trauma (blows to the head or face), arthritis, hereditary tendency to jaw joint problems, excessive tooth grinding or clenching, poorly balanced bite, and many medical conditions. Jaw joint problems may occur with or without orthodontic treatment. Any jaw joint symptoms, including pain, jaw popping or difficulty opening or closing, should be promptly reported to the orthodontist. Treatment by other medical or dental specialists may be necessary.

Impacted, Ankylosed, Unerupted Teeth

Teeth may become impacted (trapped below the bone or gums), ankylosed (fused to the bone) or just fail to erupt. Oftentimes, these conditions occur for no apparent reason and generally cannot be anticipated. Treatment of these conditions depends on the particular circumstance and the overall importance of the involved tooth, and may require extraction, surgical exposure, surgical transplantation or prosthetic replacement.

Occlusal Adjustment

You can expect minimal imperfections in the way your teeth meet following the end of treatment. An occlusal equilibration procedure may be necessary, which is a grinding method used to fine-tune the occlusion. It may also be necessary to remove a small amount of enamel in between the teeth, thereby "flattening" surfaces in order to reduce the possibility of a relapse.

Non-Ideal Results

Due to the wide variation in the size and shape of the teeth, missing teeth, etc., achievement of an ideal result (for example, complete closure of a space) may not be possible. Restorative dental treatment, such as esthetic bonding, crowns or bridges or periodontal therapy, may be indicated. You are encouraged to ask your orthodontist and family dentist about adjunctive care.

Third Molars

As third molars (wisdom teeth) develop, your teeth may change alignment. Your dentist and/or orthodontist should monitor them in order to determine when and if the third molars need to be removed.

Allergies

Occasionally, patients can be allergic to some of the component materials of their orthodontic appliances. This may require a change in treatment plan or discontinuance of treatment prior to completion. Although very uncommon, medical management of dental material allergies may be necessary.

continued on next page

Patient

Although our orthodontic office is following the State and Federal regulations and recommended universal personal protection and disinfection protocols to prevent transmission of communicable disease, it is possible that that they will not always be successful in blocking the transmission of a highly infectious virus. It is not possible to render orthodontic treatment with social distancing between the patient, orthodontist, assisting staff and sometimes, other patients. Knowing that you could be exposed to communicable diseases anywhere, by presenting yourself or your child for orthodontic treatment, you assume and accept the risk that you may inadvertently be exposed to a communicable disease in the orthodontic office.

General health problems such as bone, blood or endocrine disorders, and many prescription and non-prescription drugs (including bisphosphonates) can affect your orthodontic treatment. It is imperative that you inform your orthodontist of any changes in your general health status.

Smoking or chewing tobacco has been shown to increase the risk of gum disease and interferes with healing after oral surgery. Tobacco users are also more prone to oral cancer, gum recession, and delayed tooth movement during orthodontic treatment. If you use tobacco, you must carefully consider the possibility of a compromised orthodontic result.

Your treatment may include the use of a temporary anchorage device(s) (i.e. metal screw or plate attached to the bone.) There are specific risks associated with them.

It is possible that the tissue around the device could become inflamed or infected, or the soft tissue could grow over the device, which could also require its removal, surgical excision of the tissue and/or the use of antibiotics or antimicrobial rinses.

When inserting the device(s), it is possible to damage the root of a tooth, a nerve, or to perforate the maxillary sinus. Usually these problems are not significant; however, additional dental or medical treatment may be necessary.

If any of the complications mentioned above do occur, a referral may be necessary to your family dentist or another dental or medical specialist for further treatment. Fees for these services are not included in the cost for orthodontic treatment.

I hereby acknowledge that I have read and fully understand the treatment considerations and risks presented in this form. I also understand that there may be other problems that occur less frequently than those presented, and that actual results may differ from the anticipated results. I also acknowledge that I have discussed this form with the undersigned orthodontist(s) and have been given the opportunity to ask any questions. I have been asked to make a choice about my treatment. I hereby consent to the treatment proposed and authorize the orthodontist(s) indicated below to provide the treatment. I also authorize the orthodontist(s) to provide my health care information to my other health care providers. I understand that my treatment fee covers only treatment provided by the orthodontist(s), and that treatment provided by other dental or medical professionals is not included in the fee for my orthodontic treatment.

Signature of Orthodontist/Group Name Date

CONSENT TO UNDERGO ORTHODONTIC TREATMENT

I hereby consent to the making of diagnostic records, including x-rays, before, during and following orthodontic treatment, and to the above doctor(s) and, where appropriate, staff providing orthodontic treatment prescribed by the above doctor(s) for the above individual. I fully understand all of the risks associated with the treatment.

I hereby authorize the above doctor(s) to provide other health care providers with information regarding the above individual's orthodontic care as deemed appropriate. I understand that once released, the above doctor(s) and staff has(have) no responsibility for any further release by the individual receiving this information.

Orthodontic treatments vary widely. Transfer will likely increase treatment fees, may involve changes in payment policies, and may change your treatment and/or appliances. When you transfer to a new orthodontist, your treatment time is often extended by the process of transfer.

I hereby give my permission for the use of orthodontic records, including photographs, made in the process of examinations, treatment, and retention for purposes of professional consultations, research, education, or publication in professional journals.

Date _____

Date _____

Name of Patient

Relationship to Patient

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Patient or Parent/Guardian Initials _____

DOCTOR'S COPY

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTISTS HIPAA FORM



THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

UNDERSTANDING YOUR HEALTH INFORMATION

Each time you visit our office, we make a record of your visit in order to manage the care you receive. We understand that the medical information that is recorded about you and your health is personal. The confidentiality and privacy of your health information is also protected under both state and federal law. This Notice of Privacy Practices describes how this office may use and disclose your information and the rights that you have regarding your health information.

How we will use or disclose your health information for treatment:

We will use your health information for treatment. For example, information obtained by the orthodontist or other members of your healthcare team will be recorded in your record and used to determine the course of treatment that should work best for you. Members of your healthcare team will then record the actions they took and their observations, so the physician will know how you are responding to treatment. We will also provide your physician, or a subsequent healthcare provider, with copies of various reports that should assist him or her in treating you.

Payment:

We will use your health information for payment. For example, a bill may be sent to you or your health plan. The information on or accompanying the bill may include information that identifies you, as well as your diagnosis, procedures, and supplies used.

Health care operations:

We will use your health information for our regular health care operations. For example, we may use information in your health record to assess the care and outcome in your case and others like it. This information will then be used in a continued effort to improve the quality and effectiveness of the services we provide.

Business associates:

We may enter into contracts with persons or entities known as business associates that provide services to or perform functions on our behalf. Examples include our accountants, consultants and attorneys. We may disclose your health information to our business associates so they can perform the job we have asked them to do, once they have agreed in writing to safeguard your information.

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTISTS HIPAA FORM



THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

Notification:

We may use or disclose information to assist in notifying a family member, personal representative, or another person responsible for your care, of your location, and general condition. If we are unable to reach your family member or personal representative, then we may leave a message for them at the phone number that they have provided to us, e.g., on an answering machine.

Communication with family:

We may disclose to a family member, other relative, close personal friend or any other person you identify, health information relevant to that person's involvement in your care or payment related to your care.

Appointment reminders / health benefits:

We may contact you to provide appointment reminders or information about treatment alternatives or other health benefits that may be of interest to you.

Food and Drug Administration (FDA):

We may disclose to the FDA health information relative to adverse events with respect to food, supplements, product and product defects, or post marketing surveillance information to enable product recalls, repairs or replacement.

Workers' compensation:

We may disclose health information to the extent authorized by and to the extent necessary, to comply with laws relating to workers' compensation or other similar programs established by law.

Public health activities:

As required by law, we may disclose your health information to public health, or legal authorities, charged with preventing or controlling disease, injury or disability.

Health oversight activities:

We may disclose your health information to health oversight agencies for purposes of legally authorized health oversight activities, such as audits and investigations necessary for oversight of the health care system and government benefit programs.

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTISTS HIPAA FORM



THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

The following uses and disclosures will be made only with your authorization:

- (i) with limited exceptions, uses and disclosures of your Dental information for marketing purposes, including subsidized treatment communications; (ii) disclosures that constitute a sale of your health information; and (iii) other uses and disclosures not described in this notice. You may revoke your authorization at any time in writing, except to the extent that we have taken action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

Your health information rights

Although your health record is the physical property of this office, you have following rights with respect to your health information. You may request that we not use or disclose your health information for a particular reason related to treatment, payment, our general healthcare operations, and/or to a particular family member, other relatives or close personal friend. We ask that such requests be made in writing on a form provided by us. Although we will consider your request, please be aware that we are under no obligation to accept it or to abide by it, except as provided below.

- ☐ If you have paid for services out-of-pocket in full, you may request that we not disclose information related solely to those services to your health plan. We ask that such requests be made in writing on a form provided by us. We are required to abide by such a request, except where we are required by law to make a disclosure. We are not required to inform other providers of such a request, so you should notify any other providers regarding such a request.
- ☐ You have the right to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. Such a request must be made in writing, and submitted to the Privacy Officer. We will attempt to accommodate all reasonable requests.
- ☐ You may request to inspect and/or obtain copies of health information about you, which will be provided to you in the time frames established by law. If we maintain your health information electronically in a designated record set, you may obtain an electronic copy of the information
- ☐ If you believe that any health information in your record is incorrect, or if you believe that important information is missing, you may request that we correct the existing information or add the missing information. Such requests must be made in writing, and must provide a reason to support the amendment.
- ☐ You may request that we provide you with a written accounting of all disclosures made by us during the time period for which you request (not to exceed six years), as required by law. We ask that such requests be made in writing on a form provided by us. Please note that accounting does not include all disclosures, e.g., disclosures to carry out treatment, payment, or healthcare operations and disclosures made to you or your legal representative or pursuant to an authorization.
- ☐ You have the right to be notified following a breach of your unsecured protected health information.
- ☐ You have the right to obtain a paper copy of our Notice of Privacy Practices upon request

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTISTS HIPAA FORM



CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION Section A: PATIENT GIVING CONSENT

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____ E-mail: _____

Section B: TO THE PATIENT – PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENTS CAREFULLY

Purpose of Consent: By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities, and healthcare operations.

Notice of Privacy Practices: You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether to sign this Consent. Our Notice provides a description of our treatment, payment activities, and healthcare operations, of the uses and disclosures we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our Notice accompanies this Consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this Consent. We reserve the right to change our privacy practices as described in our Notice of Privacy Practices. If we change our privacy practices, we will issue a revised Notice of Privacy Practices, which will contain the changes. Those changes may apply to any of your protected health information that we maintain.

Right to Revoke: You will have the right to revoke this Consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to our office. Please understand that revocation of this Consent will not affect any action we took in reliance on this Consent before we received your revocation, and that we may decline to treat you or to continue treating you if you revoke this Consent.

SIGNATURE

I, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices and had full opportunity to read and consider the contents of this Consent form and your Notice of Privacy Practices. I understand that, by signing this Consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment activities, and health care operations.

Signature: _____ Date: _____

If this Consent is signed by a personal representative on behalf of the patient, complete the following:

Personal Representative's Name: _____

Relationship to Patient: _____

YOU ARE ENTITLED TO A COPY OF THIS HIPAA AND CONSENT FORM AFTER YOU SIGN



Patient Clear Aligner Supplemental Informed Consent and Compliance Agreement

Our specialized orthodontic team is dedicated to providing exceptional patient care. To ensure your clear aligner treatment progresses on schedule, it is imperative you understand the procedures involved in your treatment.

- 1. WEAR TIME:** Aligners must be worn ~20 hours a day, except to eat, drink, brush, and floss. Less wear time may result in prolonged treatment, non-tracking, suboptimal results, and instability of dental alignment and occlusion.
- 2. ATTACHMENTS:** Small tooth-colored attachments and/or buttons will be bonded to many or even all of your teeth—including your front teeth—to help move them properly. Attachments are usually placed on the first visit and more may be added or removed as needed later in treatment. Attachments are an essential part of successful aligner treatment for most patients. They are discreet but not invisible. Refusing attachment placement on certain teeth when recommended WILL compromise final results. If treatment extends beyond the estimated treatment time due to the patient declining the recommended attachments, additional fees will be incurred.
- 3. INTERPROXIMAL REDUCTION (IPR):** Reproximation/Recontouring/Enamel Slenderizing is removal of tenths of millimeters (.1 mm to .5 mm) of enamel at dental contact points with a fine hand file, disk, or bur. It is sometimes required to resolve crowding, facilitate tooth movement, or to achieve other desired changes in your bite. It is not harmful to teeth and usually done quickly and painlessly. Declining this treatment when recommended will lead to compromised results.
- 4. ELASTICS:** You may be prescribed elastics or "rubber bands" to wear from the upper teeth to the lower teeth to improve your bite. For optimal results, they must be worn whenever your aligners are in your mouth (~20 hours per day) as instructed.
- 5. ALIGNER CARE:** Always store your aligners in their case when not being worn to avoid loss. Repeated loss of multiple aligners may incur a replacement fee of \$_____/aligner. Always keep the three previous aligners.
- 6. SPEECH:** Most patients find that speech is normalized after the first week of aligner wear. However, there is an acclimation period where you must wear the aligners constantly despite a slight speech impediment in order for your tongue to be retrained for proper articulation.
- 7. CHEWIES:** Use chewies/aligner seaters daily to keep treatment on track.
- 8. CAVITY/STAINING RISK:** Eating and drinking with aligners in can lead to enamel decalcification and cavities. Remove aligners to eat and drink anything other than flat water, brush or rinse with water before re-inserting. Failing to do so will cause cavities and staining of the aligners, attachments, and teeth.
- 9. APPOINTMENTS:** Keep your scheduled appointments. This is the only way we can ensure your treatment is progressing as planned. Always wear your current aligner to your appointment.
- 10. ALIGNER BATCHES:** Aligners will be made and given to you in batches. After the first batch of aligners, additional "refinement" aligners (possibly including fixed braces or settling elastics) may be necessary to detail your smile and bite. ____ batches of aligners or ____ "refinements" are included in your treatment fee. If you desire additional tooth movement beyond what can be achieved in ____aligner rounds, additional fees may be incurred.
- 11. POSSIBLE NEED FOR TRADITIONAL BRACES:** Some tooth movements are not efficiently or predictably achieved with clear aligners. During treatment, you may be offered a short course of fixed appliance therapy with elastics plus an occlusal adjustment to perfect tooth positions and bite. At that time, it will be your choice to proceed with a few months of braces or leave your teeth in the best position that the aligners were able to achieve. If the need to switch to traditional braces is due to poor compliance with required aligner wear time, there may be a fee incurred to cover the cost of materials and staff time.
- 12. GINGIVAL RECESSON and GRAFTING:** Gingival recession and the need for a gingival graft by a periodontist is a risk of all orthodontic treatment, but may be elevated with aligner wear, in adults with thin gum tissues. Please notify our office if you start to notice developing or worsening gum recession.
- 13. RETENTION:** At the end of orthodontic treatment, retainers must be worn as prescribed by your orthodontist to maintain your beautiful new smile. Retention is for life (or as long as you want to keep your teeth in alignment.)

I have read and understand the procedures necessary for the success of my clear aligner orthodontic treatment. If I do not agree to or comply with any of the above items, I understand my treatment results may be compromised:

Date: _____
Patient Name: _____
Patient Signature: _____