

## SOLICITUD DE INGRESO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE ORTODONCIA

1. El presente formulario de SOLICITUD DE INGRESO, tiene por objeto seleccionar al paciente adecuado para recibir tratamiento de ortodoncia y permitirle solicitar el servicio, con pleno conocimiento en forma libre, conciente y responsable.
2. En éste consultorio se atiende un número limitado de pacientes, a los que se les puede ofrecer un servicio adecuado y eficiente.
3. El servicio ofrecido es excelente, siempre y cuando el paciente esté dispuesto a aceptar compromisos:
  - A) PUNTUALIDAD
  - B) HIGIENE
  - C) PROGRAMAR ADECUADAMENTE LAS CITAS
  - D) CUIDAR LOS APARATOS
4. La atención en éste consultorio es ESPECIAL y DIFERENTE a lo que le puedan ofrecer otras instituciones. Se OFRECE ventajas pero se le EXIGE obligaciones.

### SE OFRECE:

1. TIEMPO PARA ATENCIÓN: Se programa el tiempo adecuado para la correcta atención de cada paciente, según la cita que solicita.
  2. CALIDAD PROFESIONAL: Garantizada por la formación Académica y Científica; y la permanente actualización con Educación Continuada.
  3. CALIDAD TECNOLÓGICA: Cada elemento, aparato biomaterial o recurso empleado, es de la mayor calidad EXISTENTE. Sin importar su costo o dificultad en manejo.
  4. CALIDAD DEL TRATAMIENTO: EXCELENTE.
  5. INTERÉS POR EL PACIENTE: Siempre anteponiéndose a cualquier interés económico.
  6. INFRAESTRUCTURA: Adecuada.
  7. TIEMPO DEL TRATAMIENTO: Se garantiza que la DURACIÓN del tratamiento es la menor posible.
- COSTO: Se garantiza como el MENOR VALOR ECONÓMICO posible.

### SE EXIGE:

1. HIGIENE: Se debe cepillar los dientes de acuerdo a la técnica enseñada.
2. NO DAÑAR APARATOS: Si se come adecuadamente, de la manera enseñada, jamás se dañan los aparatos.
3. PUNTUALIDAD: El paciente debe llegar ANTES de la hora de la cita. No puede faltar a más de 10 citas.
4. PROGRAMAR LA CITA: Es responsabilidad del paciente programar la cita adecuadamente, según lo que requiera (Control, Reparación, Aparatos, etc.).

FIRMA: \_\_\_\_\_  
Documento de Identidad:

### PARA MENORES DE EDAD:

Nombre del Padre o Acudiente:

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Nombre(s)

FIRMA: \_\_\_\_\_  
Documento de Identidad:

## EL PACIENTE NO DEBE REALIZAR AQUÍ SU TRATAMIENTO SI NO ESTÁ DISPUESTO A ACEPTAR LOS COMPROMISOS.

El éxito de un tratamiento de Ortodoncia depende fundamentalmente de la colaboración que brinde el paciente, PRINCIPALMENTE:

**1. Asistir cumplida y puntualmente a las citas:** La inasistencia puede demorar innecesariamente el tratamiento y causa daños impredecibles sobre los dientes y estructuras de soporte.

**2. Una cuidadosa higiene:** La mala Higiene durante el tratamiento causa graves daños sobre la superficie de los dientes como Manchas, Caries y Enfermedad Periodontal como Gengivitis, Retracciones y Exposiciones de Cuellos y Raíces, Periodontitis, Movilidad Dental o incluso puede causar la pérdida de uno o varios dientes.

**3. Comer adecuadamente:** En caso de comer directamente contra los aparatos, se dañan y se caen, causando demoras innecesarias al tratamiento y daños por fuerzas incontroladas.

EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA PUEDE CAUSAR DAÑOS DENTALES Y PERIODONTALES, ASOCIADOS A MUCHOS FACTORES IMPOSIBLES DE PREDECIR, DE LOS CUALES EL MAS IMPORTANTE ES EL TIEMPO QUE PUEDE DURAR. Y EL TIEMPO del tratamiento depende fundamentalmente de la colaboración del paciente, es decir, debe:

- Cumplir puntualmente sus citas.
- Tener una adecuada higiene.
- Comer adecuadamente para no dañar los aparatos.

El éxito del tratamiento depende no solo de la etapa activa con aparatos fijos, sino también de la etapa de RETENCIÓN (RETENEDORES O MANTENEDORES GENERALMENTE REMOVIBLES). El uso incorrecto o el no uso de ellos, conduce a la regresión o fracaso total o parcial de los movimientos realizados, lo que solo se puede corregir iniciando nuevamente el tratamiento con aparatos fijos, con los riesgos ya mencionados.

La característica más sobresaliente de nuestro servicio es la PUNTUALIDAD, EL PACIENTE DEBE LLEGAR ANTES DE LA CITA E INFORMARLO PARA QUE A LA HORA EXACTA DE LA CITA, O ANTES SI ES POSIBLE SEA ATENDIDO.

Jamás será atendido un paciente que antes de la hora de la cita no TIMBRE y se anuncie.

Todo paciente que llegue tarde o que se anuncie tarde debe solicitar una nueva cita.

El paciente se compromete a:

1. Cumplir con las citas solicitadas previamente. Con el incumplimiento de diez (10) citas será retirado del tratamiento, es decir no será atendido nuevamente. Asume toda la responsabilidad de cualquier alteración esquelética dental o estomatológica que pueda presentar.
2. Colabore con el uso de elementos auxiliares, elásticos, placas, extraorales, etc. Que se requieran.
3. Cumplir con las instrucciones de higiene recomendadas y enseñadas.
4. Cumplir con las remisiones a otros profesionales o especialistas.
5. Cumplir con el requisito exigido de PUNTUALIDAD.
6. Aceptar el retiro del tratamiento por el incumplimiento de las condiciones o cuando así lo considere el Ortodoncista.
7. Pagar el valor de su tratamiento.
8. Utilizar los retenedores y seguir sus recomendaciones.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
Documento de Identidad:

### PARA MENORES DE EDAD:

Nombre del Padre o Acudiente:

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Nombre(s)

FIRMA: \_\_\_\_\_  
Documento de Identidad:

## RETENEDORES

El éxito del tratamiento depende no solo de la etapa activa con aparatos fijos, sino también de la etapa de RETENCIÓN (RETENEDORES O MANTENEDORES GENERALMENTE REMOVIBLES). El uso incorrecto o el no uso de ellos, conduce a la regresión o fracaso total o parcial del tratamiento realizado, lo que ÚNICAMENTE se puede corregir iniciando nuevamente el tratamiento con aparatos fijos, con los riesgos conocidos.

**SI EL PACIENTE PIERDE LOS RETENEDORES. NO LOS UTILIZA O DAÑA LOS RETENEDORES, NECESARIAMENTE DEBE COLOCAR TODOS LOS APARATOS FIJOS E INICIAR NUEVAMENTE EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.**

### BANDAS:

Las BANDAS son aparatos de ortodoncia utilizados con mucha frecuencia. La gran mayoría de ortodontistas en todo el mundo utilizan siempre por lo menos cuatro bandas en TODOS sus pacientes, desde su primera cita de tratamiento.

En éste consultorio las bandas se utilizan en raras ocasiones , por presentar coronas o restauraciones grandes, pero en caso de que el paciente NO CUIDE los aparatos, COMA directamente sobre los aparatos o NO COMA DE LA MANERA ENSEÑADA y DAÑE los aparatos será siempre COLOCADA UNA BANDA. La banda debe ser entendida como una solución para disminuir la posibilidad de que el paciente dañe nuevamente el aparato. Las bandas también pueden ser dañadas, pero es menos probable que ocurra.

CUALQUIER APARATO QUE EL PACIENTE dañe SERÁ reemplazado SIEMPRE POR UNA BANDA.

### NOMBRE DE LAS CITAS:

**EL PACIENTE JAMÁS SERÁ ATENDIDO SI NO ES BIEN PROGRAMADA LA CITA.**

1. CONTROL: EXCLUSIVAMENTE para control.
2. REPARACIÓN: (Banda, daño del aparato, pegar aparato, arreglar daño, etc.) si el paciente daña un aparato. EXCLUSIVAMENTE para reparar 1 aparato.
3. CONTROL + REPARACIÓN: Si se programa telefónicamente o con anticipación. Es para Control y Reparar 1 aparato.
4. APARATOS: Si el paciente daña más de un aparato. Se asigna el tiempo y recursos igual a iniciar de nuevo el tratamiento.
5. URGENCIA: NO REQUIERE CITA. Es para solucionar el dolor. No se hace Control. No se hace reparación.

### OTRAS CITAS:

6. PRIMERA VEZ: (Paciente que asiste por primera vez).
7. RADIOGRAFÍAS: (Para recibir el resultado del análisis radiográfico).
8. RETENEDORES: (Para control de retenedores. Existen días especiales para control de retenedores. Si no es posible asistir en dichos días, se debe llamar con una semana de anticipación para programar la cita al otro día).
9. VALORACIÓN: (Para consultar cualquier duda en el tratamiento o antes o después del mismo).

FIRMA: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad:

### PARA MENORES DE EDAD:

Nombre del Padre o Acudiente:

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido                      Segundo Apellido                      Nombre(s)

FIRMA: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad:

USUARIO: IDENTIFICACIÓN: NÚMERO: \_\_\_\_\_  
 Cédula de Ciudadanía ( ) Tarjeta de Identidad ( ) Número de Registro Civil ( ) Cédula de Extranjería ( )  
 Cédula del Padre o Acudiente ( ) Nombre: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_  
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombre (s)

Ocupación del Paciente: \_\_\_\_\_

Edad	A (Años)	M (Meses)
Sexo	M (Masculino)	F (Femenino)

Lugar de residencia:

11	001	BOGOTA, D.C.	11	011	BOGOTA, D.C. - SUBA
11	001	BOGOTA, D.C. - USAQUEN	11	012	BOGOTA, D.C. - BARRIOS UNIDOS
11	002	BOGOTA, D.C. - CHAPINERO	11	013	BOGOTA, D.C. - TEUSAQUILLO
11	003	BOGOTA, D.C. - SANTA FE	11	014	BOGOTA, D.C. - MERTIRES
11	004	BOGOTA, D.C. - SAN CRISTOBAL	11	015	BOGOTA, D.C. - ANTONIO NARIÑO
11	005	BOGOTA, D.C. - USME	11	016	BOGOTA, D.C. - PUENTE ARANDA
11	006	BOGOTA, D.C. - TUNJUELITO	11	017	BOGOTA, D.C. - CANDELARIA
11	007	BOGOTA, D.C. - BOSA	11	018	BOGOTA, D.C. - RAFAEL URIBE
11	008	BOGOTA, D.C. - KENNEDY	11	019	BOGOTA, D.C. - CIUDAD BOLIVAR
11	009	BOGOTA, D.C. - FONTIBON	11	020	BOGOTA, D.C. - SUMAPAZ
11	010	BOGOTA, D.C. - ENGATIVA	11		

OTRO: Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Quien lo remite: \_\_\_\_\_

¿Cual es su Motivo de Consulta?

¿Que busca con el tratamiento de Ortodoncia?

¿Por qué quiere realizar su tratamiento en este consultorio?

ACEPTA LOS COMPROMISOS DE PUNTUALIDAD, HIGIENE Y CUIDADO DE LOS APARATOS: NO ( ) SI ( )  
 ACEPTA QUE JAMAS SERA ATENDIDO SI NO SE ENCUENTRA, TIMBRA Y SE ANUNCIA ANTES DE LA HORA  
 DE SU CITA NO ( ) SI ( )

FIRMA: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad:

**PARA MENORES DE EDAD:**

Nombre del Padre o Acudiente:

\_\_\_\_\_  
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)

FIRMA: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad:

Ha sufrido Problemas de Salud relacionados con:

	NO	SI	Observaciones		NO	SI	Observaciones
Hospitalización	( )	( )	_____	Cirugías	( )	( )	_____
Hereditarios	( )	( )	_____	Respiratorios	( )	( )	_____
Sistema Nervioso	( )	( )	_____	Cardiacos	( )	( )	_____
Circulatorios	( )	( )	_____	Digestivos	( )	( )	_____
Hígado	( )	( )	_____	Musculares	( )	( )	_____
Óseos	( )	( )	_____	Urinarios	( )	( )	_____
Genitales	( )	( )	_____	Hormonales	( )	( )	_____
Inmunológicos	( )	( )	_____	Sanguíneos	( )	( )	_____
Traumas	( )	( )	_____	Oftalmológicos	( )	( )	_____
Oídos	( )	( )	_____	Nariz	( )	( )	_____
Psicológicos	( )	( )	_____	Dermatológicos	( )	( )	_____
Traumáticos	( )	( )	_____	Tóxicos	( )	( )	_____
Otros	( )	( )	_____				
Anomalías Congénitas	( )	( )	¿Cuales? _____				

Ha sufrido Problemas de Salud relacionados con:

Malformaciones de labio o paladar operados: NO ( ) SI ( ) \_\_\_\_\_

Ha sufrido de golpes en la cara o en la boca NO ( ) SI ( ) ¿Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Como? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido de hemorragias o problemas de coagulación de la sangre? NO ( ) SI ( ) \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido de malas reacciones a la anestesia? NO ( ) SI ( ) \_\_\_\_\_

¿Ha tenido reacciones alérgicas a alguna droga? NO ( ) SI ( ) \_\_\_\_\_

Última consulta médica: Motivo: \_\_\_\_\_

¿Se encuentra en tratamiento médico? NO ( ) SI ( ) ¿Cual? \_\_\_\_\_

Estado actual de salud: Bueno ( ) Regular ( ) Deficiente ( ) \_\_\_\_\_

Cepilla sus dientes: Menos de tres veces al día ( ) Tres veces al día ( ) Más de tres veces al día ( )

Usted sufre de algún hábito dañino:

NO SI

( ) ( ) Succión digital (Chupa dedo)

( ) ( ) Empuje lingual (Colocar frecuentemente la lengua entre los dientes)

( ) ( ) Succión de labios

( ) ( ) Incompetencia labial (Boca abierta)

( ) ( ) Aplicar saliva sobre los labios

( ) ( ) Bruxismo (Apretar o desgastar los dientes)

( ) ( ) Fonación (Dificultades de pronunciación)

( ) ( ) Uso de chupo

( ) ( ) Morderse las uñas

( ) ( ) Morderse los labios

Otros: \_\_\_\_\_

¿Usted respira por la boca? Nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( ) Muy frecuentemente ( )

¿Alguna vez a sufrido de asfixia o imposibilidad de respirar por la nariz NO ( ) SI ( ) ¿Cuando? \_\_\_\_\_

¿Ronca o duerme con la boca abierta? Nunca ( ) Algunas veces ( ) Frecuentemente ( ) Muy frecuentemente ( )

Última consulta al odontólogo: Motivo: \_\_\_\_\_

¿Conoce el origen del problema por el cual consulta? NO ( ) SI ( )

¿Cual es? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido algún tratamiento de ortodoncia? NO ( ) SI ( ) ¿Cuando? \_\_\_\_\_

¿Le han tomado exámenes o radiografías para el tratamiento de Ortodoncia? NO ( ) SI ( ) ¿Cuando? \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia con el mismo problema o similares características NO ( ) SI ( ) Padre ( )

Madre ( ) Hermano ( )

Otros miembros de la familia con tratamiento de ortodoncia NO ( ) SI ( ) Padre ( ) Madre ( ) Hermano ( )

**UNICAMENTE PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA**

¿Cuando inició su tratamiento? \_\_\_\_\_ ¿En donde? \_\_\_\_\_

¿Cuando fue su último control? \_\_\_\_\_ ¿Cuando le tomaron radiografías por última vez? \_\_\_\_\_

¿Le informaron la causa de su problema? NO ( ) SI ( ) ¿Cual es? \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

**PARA MENORES DE EDAD:**

Nombre del Padre o Acudiente:

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)

FIRMA: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_



## ANEXO DE HISTORIA CLINICA

Siguiendo el protocolo de control riesgos por medicamentos que afectan el metabolismo óseo. Nos permitimos preguntarle si en los últimos diez (10) años, ha recibido tratamiento con algún medicamento que contenga **BIFOSFONATOS** (Alendronato, Zolendronato, Ibandronato, Pamidronato, Risedronato, Etidronato) ?

Acrel	Ácido Alendrónico	Actonel	Aredia	Bondronat
Bifoal	Bonefos	Calbión	Conviva	Didronel
Difosfén	Fosamax	Fosavance	Hemocalcín	Linotén
Mebonat	Osteum	Xinsidona	Skelid	Zometa

SI  NO

### USUARIO

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido

\_\_\_\_\_  
Segundo Apellido

\_\_\_\_\_  
Nombre

Identificación Número: \_\_\_\_\_

Cédula de Ciudadanía ( ) Tarjeta de Identidad ( ) Número de Registro Civil ( ) Cédula de Extranjería ( )

Firma: \_\_\_\_\_

### PARA MENORES DE EDAD

Padre o Acudiente

\_\_\_\_\_  
Primer Apellido

\_\_\_\_\_  
Segundo Apellido

\_\_\_\_\_  
Nombre

Firma: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_