



RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Los servicios de ortodoncia favoreceran la apariencia de su niño(a), habilidad para comer y hablar propiamente. Este tratamiento dura aproximadamente tres años, es importante que tanto usted como su niño(a) cooperen con el ortodoncista.

Por favor haga que su niño(a) siga las siguientes reglas:

1. Mantegas todas su citas.
2. Caso de tener que cancelar la cita, llame al ortodoncista por lo menos un día antes de la fecha senalada. Asegurese de que una nueva cita le sea concertada en su ocasion.
3. Asegurese de que las caries que tenga su niño(a) sean tratadas y los empastes terminados antes de que el ortodoncista inserte el instrument de ortodoncia (braces).
4. Asegurese de que su niño(a) use los instrumentos de ortodoncia (braces) en la forma indicada por el ortodoncista.
5. Informe inmedicatamente al ortodoncista de cualquier problema surgido con los instrumentos de ortodoncia (braces) o si estos se le han perdido.

Favor de llamar Montefiore Department of Dentistry si:

- Su direccion o numero de telefono han cambiado
- Surge algun problema con el tratamiento de ortodoncia

Gracias por su cooperation.

Montefiore Medical Center
Department of Dentistry- Orthodontics



-MODELO DE AUTORIZACION PARA OBTENER SERVICIOS DE ORTODONCIA-(NINOS)

Estimados Padres/Guardian:

Es necesario que un dentista lo examine y trate las caries y otros problemas dentales que pueda tener. Una vez terminado el tratamiento, pidale a su dentista que llene y firme la parte inferior de esta pagina. Despues de llenado y firmado modelo por su dentista, entregueselo a su ortodontista.

Gracias.

DENTIST'S REPORT

Before orthodontic treatment can be initiated, all general dental care including prophylaxis must be completed. Upon termination of all needed treatment please complete the form, sign and give to the parent/guardian.

Thank you.

Patient's Name

Date of Birth

Home Address

Apt #

Borough/Zip Code

I have completed all necessary dental treatment for this patient.

Signature of Dentist

Address

Date

Telephone Number



-MEDICAL CLEARANCE FORM-

Date: _____ Dental Clinic: _____

Dear Parent/Guardian:

The medical history you have given us concerning your child, _____ requires that you have this medical approval form filled out by your physician before we can treat your child. After the physician completes the form, return it to your orthodontist. Orthodontic treatment will commence after this form is received.

El historial medico que usted nos ha provisto de su nino, _____ require que usted obtenga la aprobacion de su medico antes de comenzar el tratamiento. Porfavor haga que su medico llene este modelo y devuelvlo a la direccion que aparece en el encabezamiento de esta carta. Si no recibieramos la informacion requerida el tratmeiento no podra ser iniciado.

The patient, _____

has the following medical history: _____

Please inform us whether any restrictions or special precautions are necessary in providing this child with dental care, including fillings, extractions, and the administration of local anesthetics, or orthodontics. Orthodontic appliances often cause chronic irritation of gingival tissues with some bleeding and occasional infection of gingiva. Please indicate if this patient requires prophylactic antibiotic; other special car; or if any special precautions are required during the lengthy treatment involved in orthodontics.

Signature of Physician _____

Date _____

Address _____
CHILD

Telephone number _____