



Día de hoy:

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Nombre de su dentista:

Firma:

Por la presente certifico que he respondido a las preguntas de evaluación de sonrisa-online con veracidad y exactitud según mi conocimiento. Entiendo que Sonrisa-online .com se aplica a dientes naturales y que dientes anquilosados e implantes dentales no se moverán. Entiendo que los riesgos del tratamiento de ortodoncia ,incluyen pero no se limitan a, la pérdida potencial de hueso o el tejido de las encías, aflojamiento de los dientes, el acortamiento de raíces de los dientes, la disfunción de la articulación temporomandibular o malestar. El uso crónico de medicamentos anti-inflamatorios, aspirina, estrógenos, o clacitonina puede retardar o limitar el movimiento de los dientes. Por la presente certifico que he sido examinado por un dentista titulado durante este año, y no presento ninguna de las 6 últimas condiciones del test siguiente así como cualquier otra condición que pueda afectar mi salud médica o dental o la capacidad para ser tratado adecuadamente.

Certifico que soy mayor de 18 años de edad y deseo comprar el sistema de alineado dental Sonrisa-online.com. En el caso de que no proceda con el tratamiento por una contraindicación o cualquier otra razón médica, buscaré atención y seguimiento con mi dentista habitual. No haré responsable a Sonrisa-online.com, o a cualquier proveedor o cualquier miembro del personal responsable de mi salud médica o dental.

He leído y entendido los términos y condiciones de Sonrisa-online.com y acepto estar obligado por ellos. Acepto que el posicionamiento de predicción es una posición estimada y no se me garantiza que se logren estos resultados. Estoy de acuerdo en participar en este plan de tratamiento y no responsabilizaré a Sonrisa-online.com o proveedor responsable de mi salud médica o dental.

DEVOLVER ESTE DOCUMENTO FIRMADO CON SUS IMPRESIONES DENTALES

Términos y condiciones en la web www.sonrisa-online.com



Responder si o no a todas las preguntas

SI NO

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo puente dental |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo restauraciones dentales , empastes, coronas , carillas,implantes. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo historial reciente de bloqueo mandibular o dolor (6 meses anteriores). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo encías inflamadas o sangrantes. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soy diabético, aunque no me medico. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tomo corticosteroides. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He tenido transplante de médula ósea en los últimos 2 años. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He tenido tratamiento de leucemia en los últimos 2 años. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Estoy en inmunodepresión , quimioterapia o tratamiento de radiación en cabeza. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He sido tratado o estoy siendo , con bifosfonatos(Boniva, Aredia, Zometa, Fosamax) |

Indica por favor cualquier condición médica/dental que pueda ser relevante

¿Tienes antecedentes de problemas dentales?

¿Qué esperas del tratamiento?

Nombre /Apellidos..... Enfecha.....Firma.....