

**Conocimiento y Sometimiento**
  
**para el Tratamiento de Ortodoncia**
  
 (Mantener Copia Original en el Historial del Cliente)

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ # de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor de Tratamiento: \_\_\_\_\_ # de NPI: \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del Grupo Proveedor: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Un plan de tratamiento ortodontico ha sido establecido para **Nombre del Cliente:** \_\_\_\_\_ por el/la Dr. /Dra. \_\_\_\_\_. Para que el plan de tratamiento funcione, yo sé que debo mantener las siguientes prácticas de buena higiene oral.

Iniciales
  
del
  
Paciente
  
 ↓

- \_\_\_\_\_ **Cepillar mis dientes** por lo menos dos veces al día o según indicado por la oficina del doctor.
- \_\_\_\_\_ **Usar el hilo dental** por lo menos una vez al día o según indicado por la oficina del doctor
- \_\_\_\_\_ **Enjuagar mi boca** después de cada comida o merienda o según indicado por la oficina del doctor.
- \_\_\_\_\_ **Evitar los alimentos y bebidas que contengan azúcar** incluyendo refrescos, dulces, goma de mascar, etc. o según indicado por la oficina del doctor.
- \_\_\_\_\_ **Recibir una limpieza dental cada seis meses** de mi dentista de cuidado primario.
- \_\_\_\_\_ Si necesito cancelar una cita, yo debo notificar a la oficina lo más antes posible. Yo sé que debo programar otra cita.
- \_\_\_\_\_ Yo sé que si pierdo citas durante mi tratamiento de ortodoncia esto puede dañar mis dientes
- \_\_\_\_\_ Yo sé que el tratamiento ortodontico consiste de muchas citas hechas por la oficina del doctor. Yo sé que faltar al seguimiento de citas programadas podría resultar en la detención de mi tratamiento.
- \_\_\_\_\_ Yo sé que HUSKY Health solo cubre tratamiento Ortodontico Comprensivo para niños.
  - Menores de veintiún años de edad.
  - Con dientes permanentes.
  - Como un beneficio cubierto una sola vez.
- \_\_\_\_\_ Yo sé que si mi tratamiento de ortodoncia es detenido antes de su culminación por mala higiene oral o falta de cooperación, yo no tendré derecho a reanudar el tratamiento ortodontico durante la cobertura de mi seguro de Medicaid en el futuro por cualquier motivo.

Firma del Doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación del Representante con el Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigos (Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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