**ALINEAMAX**

**AVISO: El siguiente documento es un consentimiento informado que deberá firmar el paciente antes de comenzar su tratamiento de alineación dental transparente.**

*AlineaMAX es un sistema que ha recomendado su Odontólogo/a para su tratamiento de ortodoncia que consiste en una seria de dispositivos removibles y prácticamente transparentes que mueven progresivamente sus dientes hasta lograr la posición deseada.*

*Su efectividad es alta siempre, ya que los micro movimientos dentales fueron creados a través de un software con tecnología 3D CAD CAM, supervisada por odontólogos. Los resultados son garantizados siempre que el paciente la use entre 20 y 22 hs al día y realice con su odontólogo los controles periódicos correspondientes.*

*Como todo tratamiento de ortodoncia, se requiere para su comienzo que el paciente realice los métodos de diagnósticos necesarios para el caso como le indique su odontólogo: rx panorámica, telerradiografía, fotos clínicas completas, cefalometrías necesarias, modelos, escaneado, etc*

*El número de alineadores varía según complejidad del tratamiento. Cada uno deberá ser cambiado con un intervalo de 2 a 3 semanas según indique su odontólogo.*

*Algunos pacientes pueden necesitar la colocación de attachment estéticos cementados y/o el uso de elásticos durante el tratamiento para facilitar determinados movimientos ortodóncicos, que luego serán removidos por su odontólogo.*

 *……………………………*

 *Firma y aclaración.*

*Este tratamiento presenta una serie de ventajas y limitaciones que se detallaran a continuación:*

* *El uso de alineadores es una alternativa estética para casos leves y moderados de ortodoncia que no requiere alambres metálicos como los brackets tradicionales…*
* *A diferencia de los brackets , el hecho de que el alineador sea removible permite una higiene bucal adecuada, pudiendo usar cualquier tipo de dispositivo incluso hilo dental y demás.*
* *Durante el tratamiento se puede sentir una leve presión en los dientes muy parecida a los tratamientos convencionales.*
* *Cada alineador está fabricado a medida, lo que implica que cualquier modificación realizada a mitad del tratamiento puede interferir en la desadaptación del producto, por lo que se recomienda empezar el tratamiento cuando el paciente tenga un alta integral de salud bucal.*
* *La técnica puede ser complementada con otras técnicas estéticas como por ejemplo blanqueamiento dental siempre que su odontólogo lo recomiende.*
* *Puede existir casos aun siguiendo todas las indicaciones, el movimiento no se realice por características propias de ese paciente.*
* *En muy raros casos puede producir reacciones alérgicas.*
* *Se aconseja complementar la contención final removible con una fija.*
* *La no tolerabilidad del paciente no conllevara a la devolución del importe del tratamiento.*
* *La pérdida rotura o deterioro del alineador deberá ser abonado por el paciente aparte . En el caso del adolescente hasta 13 años de edad tiene sin cargo dos reposiciones sin costo.*
* *El alineador no es garantía de que ante una lesión de traumatismo fuerte se proteja al diente de su pérdida o fractura.*
* *Los resultados esperados pueden verse afectados por la disminución en la carga horaria, dientes en erupción, o deformaciones de la dentición.*
* *Los alineadores pueden afectar temporalmente el habla, q desaparece al cabo de unas semanas con la práctica.*
* *El uso de alineador puede provocar sequedad bucal o incremento de saliva en algunos pacientes.*
* *Los attachment pueden caerse y requerir sustitución.*
* *En algunos pacientes se puede requerir el desgaste interproximal de piezas para evitar interferencias o también un ajuste oclusal.*
* *Los pacientes con apiñamiento grave o falta de varias piezas están mas expuestos a la rotura del alineador.*
* *La rotura accidental puede llevar a que el producto o parte del mismo sea aspirado o tragado.*
* *Las piezas que no estén cubiertas por el alineador pueden llegar a extruirse.*
* *El tratamiento esta contraindicado para pacientes con bruxismo moderado.*
* *Puede ocasionar molestias en articulación temporo mandibular y músculos de la cara.*
* *En el caso de generar una etapa de redefinición la misma se cobra aparte.*

*APELLIDO Y NOMBRE. DNI*

*DIRECCION CIUDAD MAIL:*

*EN CASO DE SER MENOR DE EDAD EL PACIENTE AGREGAR LOS DATOS DEL PACIENTE ADULTO RESPONSABLE.*

*Autorizo a la empresa ALINEAMAX a divulgar mis registros odontológicos con fines de enseñanza y entiendo que puede divulgarse mi información de salud individualmente identificable. No buscare indemnización monetaria ni legal al respecto*

*YO, DECLARO QUE HE LEIDO LA INFORMACION COMPLETA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ALINEART Y HE PODIDO HACER PREGUNTAS SOBRE ESTA MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y SUS ALTERNATIVAS.FIRMO LA TOTALIDAD DE LAS HOJAS PRESENTES EN ESTE DOCUMENTO.*

 *. ………………………………………………….*

 *Firma y aclaración.*