



BIENVENIDOS TODOS A ESTE CONSULTORIO

Emergencias: 04455.3030.8900

### INFORMACION A LOS PACIENTES

#### ATENCIÓN DE LA SALUD DENTAL

ESTAMOS MUY CONTENTOS DE RECIBIRLOS HOY EN ESTE CONSULTORIO, LE ASEGURAMOS QUE TODO EL EQUIPO DE TRABAJO QUE LABORA AQUÍ, HARÁ LO MAS POSIBLE PARA DARLE UN SERVICIO MUY EFICIENTE Y COMPLETO. EN ESTE CONSULTORIO TRABAJAMOS ESPECIALISTAS INDEPENDIENTES POR UN FIN COMÚN: **EL BIENESTAR ORAL GENERAL.**

**CONTAMOS CON TODAS LAS ESPECIALIDADES DENTALES: ESTÉTICA Y REHABILITACIÓN ADULTOS, IMPLANTES, PERIODONCIA (ENCÍAS), ENDODONCIA, CIRUGIA MAXILOFACIAL.**

ESTE FOLLETO RESPONDERÁ A MUCHAS INQUIETUDES ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTE CONSULTORIO TANTO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES COMO DE MANEJOS ADMINISTRATIVOS.

**NUESTRO OBJETIVO PRIMORDIAL ES:**

MANTENER Y DESARROLLAR UN ESTADO DE SALUD ORAL EN EL MÁXIMO NIVEL, SIEMPRE HACIENDOLO EN UN **AMBIENTE DE ACTITUD POSITIVA Y ALEGRE HACIA LA EXPERIENCIA DENTAL.** PORQUE SABEMOS QUE EL TIPO DE CUIDADO QUE EL PACIENTE RECIBA EN SU TEMPRANA NIÑEZ, DETERMINARÁ EL TIPO DE SALUD DENTAL QUE TENDRÁ DURANTE **TODA SU VIDA.**

**ESTE CONSULTORIO ESTA CAPACITADO Y ESPECIALIZADO PARA ATENDER NIÑOS DE CUALQUIER EDAD, RECOMENDANDO LA 1 er VISITA ANTES DEL PRIMER CUMPLEAÑOS, ESTA ES UNA VISITA MUY SENCILLA EN LA OFICINA DEL DOCTOR, ES SIN COSTO, Y SE REPETIRÁ CADA 6 MESES HASTA LOS 3 AÑOS, PODRÁ OBTENER INFORMACION PREVENTIVA DE MUCHISIMO VALOR.**

#### RUTINA DEL CONSULTORIO

CITAS DISPONIBLES DE LUNES A VIERNES EN DIFERENTES HORARIOS DEPENDIENDO DEL ESPECIALISTA A QUE SE REFIERA, FAVOR DE CONSULTAR EN RECEPCIÓN.

EMERGENCIAS 24 HRS. TODO EL AÑO, FAVOR DE DAR DETALLES COMPLETOS AL LOCALIZAR AL DOCTOR EN GUARDIA.

**VALORAMOS MUCHO SU TIEMPO!!!** POR LO TANTO LE **AGRADECEMOS LLEGUE MINUTOS ANTES DE SU CITA** PARA PODER OFRECERLE EL MEJOR SERVICIO SIN DEMORAR EN EL TRATAMIENTO, YA QUE EL TIEMPO DE LA CITA SE RESERVA ESPECIALMENTE PARA CADA PACIENTE EN PARTICULAR, CONTAMOS CON SU COMPRENSIÓN PUES **POR MANEJAR EMERGENCIAS EN OCASIONES NO ESTAMOS EN HORARIO.**

**EL TRABAJO RESULTA MEJOR CUANDO NO ES APRESURADO, POR LO QUE LE PEDIMOS NO PRESIONE! SI TIENE PRISA DE SALIR, Y ES INDISPENSABLE, SOLICITE SE RESUELVA SOLO LO POSIBLE EN EL TIEMPO QUE DISPONE Y/O PIDA UN CAMBIO DE CITA.**

**DISPONEMOS DE "CITAS BLOQUE" EN LAS QUE LOS PACIENTES QUE CALIFIQUEN PARA ESTA ATENCIÓN, SE LES REALIZA TODO LO POSIBLE EN EL MISMO DÍA, REDUCIENDO A LO MINIMO EL NUMERO DE CITAS PARA SU ATENCIÓN.**

**PARA REVISIONES DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA SE LES EXIGE A LOS PADRES HACER SU SIGUIENTE CITA ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DE LA SALA DE TRABAJO, NO SERÁN CONTACTADOS POR NOSOTROS POSTERIORMENTE PARA CONCERTAR ESTE TIPO DE CITAS.**

#### PRIMERA VISITA

LLEGAR 20 MINUTOS ANTES PARA LLENAR FORMATOS, VER VIDEO EDUCACIONAL DE PREVENCIÓN QUE LES AYUDARÁ A RESOLVER ALGUNAS DUDAS DE LA SALUD DE LOS PACIENTES -QUE ESTÁ EN YOUTUBE- Y PASARÁN LOS PACIENTES CON SUS PADRES y/o ACOMPAÑANTES, A LA OFICINA DEL DOCTOR DESPUÉS DE HABER COMPLETADO LA HISTORIA MÉDICA Y DENTAL, POSTERIORMENTE VENDRÁ EL EXAMEN DE SALUD OROFACIAL, QUE DESPUÉS DE LOS 3 AÑOS DE EDAD CONSTA DE:



- A) REVISIÓN COMPLETA DE CARA, CABEZA, CUELLO EN SUS ESTRUCTURAS, POR OBSERVACIÓN DIRECTA NO ARMADA Y/O PALPACIÓN.
- B) DESARROLLO Y CRECIMIENTO DE LOS MAXILARES.
- C) EXAMEN DE LA MORDIDA, PROBLEMAS DE DESARROLLO Y CRECIMIENTO DENTAL.
- D) EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS ORALES.
- E) EVALUACIÓN DE HIGIENE ORAL.
- F) TOMA Y ESTUDIO DE RADIOGRAFÍAS.
- G) PRESENCIA DE CARIES.

ESTE EXAMEN SE HARÁ EN EL CONSULTORIO SIN LA PRESENCIA DE LOS PADRES; DESPUÉS SE LES LLAMARÁ A LA OFICINA DEL DOCTOR CON LOS PACIENTES PARA REVISAR JUNTOS LA PRESENTACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO, **DONDE SE PLATICARÁ EL MÉTODO PARA LLEVARLO A CABO Y EL PRESUPUESTO ESTIMADO.**

EN NIÑOS MENORES LA CONSULTA SE PUDIERA LLEVAR A CABO EN LA OFICINA DEL DOCTOR CON LA AYUDA DE ALGÚN PADRE EN FORMA ESPECIAL DE ACUERDO A LA SITUACIÓN PARTICULAR (EDAD, EXPERIENCIAS HOSPITALARIAS, CONDICIONES ESPECIALES DEL PACIENTE, ETC.)

### **LA PREVENCIÓN**

EL **SERVICIO PRIMORDIAL** QUE OFRECEMOS ES LA **EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN** DE PROBLEMAS ORALES. NO HAY NECESIDAD DE ENCONTRAR CONSTANTEMENTE CARIES O PROBLEMAS DE ENCIAS EN NUESTROS PACIENTES. CASI TODAS LAS ENFERMEDADES DE LA BOCA QUE SON COMUNES SE PUEDEN PREVENIR CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES; ESTA ES SIEMPRE NUESTRA META.:

**LA PREVENCIÓN ES MUCHO MAS PLACENTERA Y MENOS COSTOSA, " APRENDAMOS A MANTENERNOS SALUDABLES."**

**LOS PADRES PERMANECERÁN EN LA SALA DE ESPERA**, EN CASOS EXCEPCIONALES SOLICITAREMOS SU PRESENCIA EN LA SALA DE TRABAJO, Y SOLO EN ALGUNOS CASOS SE LE INVITARÁ A PARTICIPAR EN HABLAR, O AYUDAR CON EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE.

**NO SE SIENTAN INCOMODOS SI EL PACIENTE LLORA O EXPRESA PREOCUPACIÓN POR ESTA CORTA SEPARACIÓN AL ENTRAR A LA SALA DE TRABAJO, ES UNA REACCIÓN NATURAL AL ENFRENTAR ALGO DESCONOCIDO, NOSOTROS COMPRENDEMOS SU NIVEL DE DESARROLLO Y TRABAJAMOS PARA CORREGIR EL DESCONTENTO.**

### **FORMA DE PAGO**

**1º CITA:** SE PAGARÁ DIAGNÓSTICO, CON O SIN ESTUDIO RADIOGRÁFICO, Y PLAN DE TRATAMIENTO.

**2DA CITA:** SE PAGARÁ LA TERCERA PARTE DEL TOTAL DEL PRESUPUESTO O LA MITAD SI EL **NÚMERO DE CITAS ES DE 3 O MENOS**, Y EL RESTO EN PARTES IGUALES **QUEDANDO LIQUIDADO UNA CITA ANTES DE LA ÚLTIMA**, EN ELLA SE APLICA FLUOR Y SE REVISAN NUEVAMENTE TODO LO HECHO PARA ASEGURAR EL NIVEL DE CALIDAD QUE PRETENDEMOS.

**EL TRATAMIENTO DEBERÁ ESTAR TOTALMENTE PAGADO UNA CITA ANTES DE LA ÚLTIMA**

**PAGO DE APARATOS DE ORTOPEDIA Y ORTODONCIA:**

**DOS TERCERAS PARTES** AL TOMAR EL MOLDE PARA MANDAR AL LABORATORIO, Y EL RESTO EL DÍA DE COLOCACIÓN DEL APARATO.

**Nota: CONTAMOS CON DIFERENTES TIPOS DE DESCUENTOS, -DE ACUERDO CON SU FORMA DE PAGO- Y RECIBIMOS PARA SU CONVENIENCIA EFECTIVO Y CHEQUES.**

**PARA RESPETAR EL PRESUPUESTO ESTIMADO INICIAL SE DEBERÁ DE INICIAR ANTES DE UN MES DE PRESUPUESTADO**, YA INICIADO SE DEBERÁ CONTINUAR CON CITAS SEMANALES HASTA CONCLUIR EL TRATAMIENTO, EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA SEGÚN LE INDIQUEMOS LAS

**NECESIDADES PARTICULARES DE CADA PACIENTE; RECUERDE QUE LO QUE MAS NOS IMPORTA SON LOS PACIENTES Y EN SEGUNDO LUGAR SUS PAPAS.**



## HISTORIA CLINICA

Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre preferente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_ Domicilio  
Calle. \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ CP. \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Tel. casa: \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
Tel. Of. \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_  
Medio de contacto preferente: \_\_\_\_\_ Familiar más cercano: \_\_\_\_\_  
Parentesco. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Recomendado por: \_\_\_\_\_  
Llegué a México en: \_\_\_\_\_ Me iré de México en: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

¿Padece de presión alta o baja? \_\_\_\_\_  
¿Tiene Diabetes Mellitus? \_\_\_\_\_  
¿Problemas del corazón? \_\_\_\_\_  
¿Tiene asma? \_\_\_\_\_  
¿Tiene epilepsia? \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido alguna operación? \_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_  
¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Se ha fracturado alguna vez un hueso? \_\_\_\_\_  
¿Tiene alergia a algo? \_\_\_\_\_  
¿Padece alguna enfermedad que no ha sido mencionada? \_\_\_\_\_  
¿Cual? \_\_\_\_\_  
¿Está tomando algún medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_  
¿Para qué? \_\_\_\_\_

### SITUACIÓN DENTAL ACTUAL

Motivo de la consulta \_\_\_\_\_  
Cuando visitó última vez al dentista \_\_\_\_\_  
¿Presenta algún dolor actualmente? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo inició el dolor? (especifique fecha) \_\_\_\_\_  
¿Ha tomado algún medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Cual? \_\_\_\_\_

### PERMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Por este medio autorizo a **Clínica Dr. Jaime Cohen Cattán** y **todo el personal que en ella trabaja** utilizar las imágenes y notas de tratamientos que me realicen con fines académicos y publicitarios reservándonos sus datos personales siguientes: nombre completo, dirección, teléfono y correo electrónico.

---

Firma del paciente o responsable