

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLANQUEAMIENTO DENTAL

Yo, _____
mayor de edad, con domicilio en _____
y con DNI Nº _____

Yo, _____
con domicilio en _____
y con DNI Nº _____ en calidad de padre, madre, tutor/a o
representante legal del paciente _____

DECLARO:

Que el facultativo Dr/Dra. _____
Colegiado en el Colegio de dentistas de _____
con el número _____

Me ha explicado de forma conveniente que se me va a realizar un tratamiento de
blanqueamiento en mis dientes:

<input type="checkbox"/>	Superiores
<input type="checkbox"/>	Inferiores
<input type="checkbox"/>	Superiores e inferiores
<input type="checkbox"/>	En los dientes:

Entiendo que el blanqueamiento dental consiste:

- En la colocación en la consulta de un gel de blanqueamiento sobre la superficie externa de mis dientes a blanquear.
- En la colocación en mis dientes de unas cubetas hechas a medida y que me entregarán en la consulta. En las cuales debo aplicar en mi domicilio un gel blanqueador únicamente en los dientes que me han indicado, el número de veces recomendadas por el facultativo y únicamente el tiempo pautado por éste.
- En la utilización conjunta de las dos técnicas descritas anteriormente.
- En la aplicación en la consulta de un gel blanqueador en la superficie externa y/o en el interior de mis dientes endodonciados.
- En la utilización en mi domicilio de un producto blanqueador en forma de pasta/gel de aplicación mediante cepillado.

Asumo que cuando el tratamiento se efectúa en la consulta de forma exclusiva pueden ser necesarias varias sesiones para conseguir resultados satisfactorios.

Sé que antes de iniciar el tratamiento blanqueador en la consulta es necesaria la adecuada protección de mis encías y de los dientes que no se vayan a blanquear.

Se me ha comentado que en los tratamientos que yo efectúe en casa puedo dañar mis encías o sentir molestias si no lo realizo de forma adecuada, me excedo en el tiempo o en el número de veces de aplicación del producto al día, o en la cantidad de aplicación del mismo, y que si pongo demasiado producto y se sale de la férula y contacta con mis encías debo eliminarlo con una gasa; que se pueden alterar mis obturaciones de metal presentes en mi boca si contactan con el producto; y que si lo ingiero accidentalmente puedo padecer molestias en la garganta o diarrea.

También me han comentado que para mantener los resultados logrados tras el tratamiento puede ser necesario repetir éste periódicamente cuando el dentista lo juzgue conveniente, o poner en práctica las medidas de mantenimiento que él considere más adecuadas.

Me han explicado que se me aclararán los dientes lo suficiente como para poder apreciar el cambio de su color a simple vista, aunque si mis dientes tienen bandas o manchas, éstas se me pueden seguir notando, aunque más claras. Además, pueden aparecer manchas de color blanco en mis dientes durante la realización del tratamiento. Estas manchas suelen desaparecer conforme el diente aclara su color. No obstante, en ocasiones pueden permanecer presentes a la finalización del mismo, y ser necesario poner en práctica otras alternativas terapéuticas si se desea eliminarlas. Así como que la zona cervical del diente puede ser más rebelde a tratamiento y no llegar a conseguirse el mismo color que en el resto del mismo. Y que en ocasiones los dientes pueden no modificar su color con el tratamiento

Igualmente me han comentado que en los dientes muy restaurados el blanqueamiento puede no ser muy efectivo al no presentar éstos suficiente estructura dentaria. Y que el tratamiento blanqueador no modifica el color de las obturaciones, carillas, coronas y otros materiales colocados en mis dientes. Y que en estos casos existen otras alternativas más indicadas a la hora de modificar el color de los dientes.

También sé que, si soy fumador/a, no tengo una buena higiene oral o tomo muchos alimentos o bebidas ricos en colorantes se me volverán a oscurecer más rápido los dientes que si no tengo estos hábitos, de todos modos, me han explicado que los dientes se oscurecen de forma fisiológica con la edad.

Se me ha informado que durante el tratamiento puedo tener sensibilidad o molestias en mis dientes tras la ingesta de bebidas y/o comidas frías, calientes o ácidas o bebidas con gas. Y que si esto me sucede debo contactar con la clínica y comentarlo. Así como de la eventual posibilidad de presentar alergia ante algunos productos blanqueadores.

Y también se me ha informado del riesgo de resorción radicular que algunas veces pueden producir estos tratamientos, sobre todo cuando se realizan en dientes que han sido endodonciados o que han sufrido traumatismos, aunque dicho riesgo es muy bajo.

Asumo que el plan de tratamiento pautado inicialmente es orientativo y que podrá ser necesario modificarlo en función de la respuesta de los dientes a los mismos.

Acepto que debo seguir rigurosamente todas las instrucciones y recomendaciones indicadas por el dentista y cumplir con el programa de revisiones pautado.

He entendido todo lo que se me ha explicado, he hecho todas las preguntas que me han surgido y se me han aclarado adecuadamente y doy mi consentimiento para que se me efectúe el tratamiento y confirmo que he recibido copia del presente documento.

Se que sí puedo revocar el consentimiento que ahora firmo cuando lo desee.

Fdo:

FACULTATIVO:

PACIENTE:

En _____, _____ de _____, de 20__

Paciente:

D./D^a _____ con Nº Historia _____

De _____ años de edad, con domicilio en _____

DNI Nº _____

Facultativo:

Dr /Dra. _____

mayor de edad, con domicilio en _____

y con DNI Nº _____

REVOCO:

El consentimiento otorgado por no desear proseguir con el tratamiento y lo doy por finalizado.

Fdo:

FACULTATIVO:

PACIENTE:

En _____, _____ de _____, de 20__