CONSENTIMIENTO INFORMADO

CLAREAMIENTO DENTAL

Lugar y fecha: Universidad Nacional de Concepción- Facultad de Odontología. \_ \_/\_ \_/\_ \_

Catedra de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarle dicho procedimiento.

El/la que suscribe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en calle y Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otorgo mi consentimiento para la realización de un blanqueamiento dental en el/los elemento/s N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ propuesto por el/la Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente que el objeto del tratamiento es bajar el tono (color) del diente hasta el máximo posible que mis piezas dentarias lo permitan.

**MATERIAL CONVENIDO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LIMITACIONES.**

.Entiendo que las manchas marrones o amarillas se blanquean mejor que las manchas grises o azules.

.Algunas manchas regresan después de que el tratamiento termina. En estos casos es posible que sea necesario otro tratamiento. Los dientes con coloraciones múltiples, bandas o manchas debido al uso detetraciclena o fluoruro (decoloración del esmalte del diente) no se blanquean bien y podrían necesitar múltiples tratamientos y posiblemente nunca quedarán blanqueados.

.Entiendo que los dientes con muchos empastes pueden no blanquearse y normalmente el resultado es mejor cuando son tratados con otras alternativas.

.Entiendo que los tratamientos para blanquear los dientes sólo aclaran la estructura natural del diente y no pueden aclarar coronas, carillas, compuestos u otros materiales de restauración.

.Entiendo que la mayoría de los tratamientos para blanquear resultarán en dientes más claros por uno o dos tonos de acuerdo a la tabla de tonos dentales.

.Si elijo blanquear los dientes en casa, entiendo que hay instrucciones específicas que debo seguir. El Dr. me ha dado instrucciones y yo entiendo mi responsabilidad al usar estos productos.

**RIESGOS TIPICOS**

.Entiendo que el tratamiento para blanquear los dientes es impredecible y que no hay garantías de que funcionará.

.Entiendo que el tratamiento para blanquear mis dientes puede provocar que los dientes se vuelvan sensibles. Si la sensibilidad continúa por mucho tiempo, debo de notificar al Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

.Entiendo que las encías y/o el tejido suave en mi boca puede estar expuesto al agente blanqueador, lo que puede causar una reacción alérgica o inflamación. Si esto pasa, llamaré al Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

.Entiendo que es imposible fijar un plazo de tiempo específico durante el cual la apariencia de los dientes blanqueados mantendrá el tono claro. Estos periodos de tiempo pueden variar dependiendo de las condiciones que existan a partir de mis hábitos o circunstancias (por ejemplo, si tomo café a diario, fumo, o genética) que pueden ser internas, externas, o ambas.

.Entiendo que la exposición prolongada a los productos blanqueadores pueden desgastar el esmalte del diente. Adicionalmente, cualquier sensibilidad existente, recesión, exposición a la dentina u otras condiciones dentales que puedan causar sensibilidad o permitir la penetración del producto blanqueador en el diente, pueden requerir tratamiento adicional.

**RIESGOS PERSONALIZADOS**

Además de los riesgos antes descriptos, por mis circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECOMENDACIONES.**

.No lave la férula con agua hirviendo, para higienizarlo apenas utilice agua corriente, seque adecuadamente y guarde en su porta-férula.

.La cantidad de gel a ser aplicado en cada espacio dental de la férula debe ser instruida por el Dr.

.Al colocar la férula en posición, certifíquese de que ni una área este cortante o irritando la encía. En caso de que eso exista comuníquele a su dentista.

.Durante el tratamiento evite alimentos con muchos colorantes como café, vino tinto, gaseosas, jugos artificiales y naturales (zanahorias, remolachas), salsas rojas, te, mate y terere.

.En caso que haya hipersensibilidad dental comuníquese con su dentista, el podrá utilizar materiales y técnicas para minimizar las molestias.

.Respete las consultas programadas por su dentista el acompañamiento profesional es parte fundamental del tratamiento.

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento.

Nadie me ha garantizado o asegurado que el propuesto tratamiento curará o mejorará la condición (o condiciones) mencionada anteriormente.

Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe anteriormente.

Doy fe de que he discutido los riesgos, beneficios, consecuencias y las alternativas del blanqueamiento

Asimismo, entiendo que el blanqueamiento no se realiza en una sola consulta, sino que es necesario un proceso de seguimiento, por lo que me comprometo a regresar a la próxima consulta el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente. Firma del Profesional Firma del Alumno Responsable

Aclaración:

C.I Nº:

.