

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLANQUEAMIENTO DENTAL

D./D^a _____ con N^o de historia _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ y
con D.N.I. N^o _____

D./D^a _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ y
con D.N.I. N^o _____ en calidad de _____ (Padre, madre, tutor)
del/de la paciente

DECLARO

Que el Dr/Dra. D./D^a _____
me ha informado de que se me va a realizar un tratamiento de blanqueamiento dental.

Interno Externo

en: El/los diente/es _____
La arcada _____

Dicho tratamiento consiste:

En la aplicación de un gel con peróxido sobre la superficie de los dientes, previa protección de los tejidos blandos.

En la colocación de cubetas hechas a medida que le daremos en la consulta donde usted aplicará el agente blanqueador de forma domiciliaria.

En la combinación de las dos técnicas citadas previamente.

En la aplicación de un gel de peróxido en la cámara pulpar del diente/es, previa protección de los tejidos blando y duros.

Me han explicado que se me aclararán los dientes como mínimo de un tono, aunque si tengo bandas, éstas se me seguirán notando, aunque más claras. También se que si soy fumador/a o

tomo muchos alimentos o bebidas ricos en colorantes, se me volverán a oscurecer más rápido que no tengo éstos hábitos, de todos modos, me han explicado que los dientes se oscurecen de forma fisiológica por la edad.

Si se me ha hecho un tratamiento con cubetas en casa, puedo repetir el tratamiento periódicamente, según indicación del dentista.

Se me ha informado de que puedo tener sensibilidad al frío a lo largo del tratamiento y que si esto me sucede debo suspender el tratamiento y acudir a la consulta. También se me ha informado del riesgo de resorción radicular que algunas veces pueden producir estos tratamientos, aunque dicho riesgo es muy bajo.

He entendido todo lo que se me ha explicado, he hecho todas las preguntas que me han surgido y se me han aclarado adecuadamente. De todos modos puedo revocar el consentimiento que ahora firmo en cualquier momento.

Firmado: DENTISTA:

PACIENTE:

En _____, a _____ de _____ de 200_

D./D^a _____ con N° de historia _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ y
con D.N.I. N° _____

D./D^a _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____ y
con D.N.I. N° _____ en calidad de _____ (Padre, madre, tutor)
del/de la paciente

REVOCO

El consentimiento prestado en fecha y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

Firmado: DENTISTA:

PACIENTE:

En _____, a _____ de _____ de 200_

Este documento es ofrecido como modelo estándar de consentimiento informado. Quickwhite Servicios Dentales S.L. no acepta la responsabilidad legal en su condición de incompletabilidad ó su uso.