

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL BLANQUEO DE DIENTES

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Hechos a considerar

Se requieren las iniciales del paciente

- _____ 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 de tetraciclino 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 los tratamientos profesionales para blanquear dientes en el consultorio pueden requerir más de una visita al consultorio. 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 participar en un programa para 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.

Entre otros, los beneficios del blanqueo de dientes son los siguientes:

- _____ Entiendo que participar en tratamientos de blanqueo puede blanquear mis dientes, proporcionándome una sonrisa con apariencia más saludable.

Entre otros, los riesgos del blanqueo de dientes son los siguientes:

- _____ 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 a varios agentes usados en los procedimientos para blanquear los dientes, lo que puede causar una reacción alérgica o inflamación. Esto puede deberse a una exposición accidental de una pequeña parte de esos tejidos al gel blanqueador o a la luz ultra violeta. 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.

_____ Entiendo que la aplicación profesional de los productos blanqueadores puede requerir que mi boca se mantenga abierta por largos periodos de tiempo. Si mi mandíbula queda adolorida, le notificaré al Dr. _____ inmediatamente. También, mis labios pueden quedar secos o cortados. Esto puede ser tratado con la aplicación de un humectante para labios, vaselina, o crema con vitamina E.

Entre otras, las consecuencias si no se administra el tratamiento son las siguientes:

_____ Entiendo que si no participo en los procedimientos para blanquear los dientes, el color de mis dientes puede continuar igual o decolorarse aún más.

Entre otras, las alternativas al blanqueo de dientes son las siguientes:

_____ Entiendo que dependiendo de la razón por la cual requiero que mis dientes sean blanqueados, hay posibles alternativas que no están limitadas a: sistemas adhesivos, coronas y carillas. He preguntado a mi dentista sobre estas alternativas y sus respectivos costos. Mis preguntas sobre los riesgos, beneficios y costos, han sido respondidas a mi satisfacción.

Alternativas discutidas: _____

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.
- Me niego a dar mi consentimiento para el tratamiento propuesto tal y como se describe arriba y entiendo las consecuencias potenciales asociadas con esta negativa.

Firma del paciente (o representante del paciente)

Fecha

Doy fe de que he discutido los riesgos, beneficios, consecuencias y las alternativas al blanqueo con _____
_____ (nombre del paciente) quien ha tenido oportunidad de formular preguntas, y en mi opinión, mi paciente entiende lo que se le ha explicado.

Firma del dentista

Fecha

Firma del testigo

Fecha