

Este documento, tiene una finalidad meramente informativa. El día de la realización del tratamiento, se le hará entrega del mismo formulario, pero personalizado con sus datos, y sí tendrá validez como consentimiento al realizar la intervención ahora descrita. El objetivo de esta entrega previa, es que lo pueda leer detenidamente y si le surge cualquier tipo de duda, nos los pueda hacer saber con anterioridad a la intervención.



TEXTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO DE BLANQUEAMIENTO DENTAL

Yo,
mayor de edad, como paciente con DNI Nº con fecha,
DECLARO que he sido debidamente informado/a por el facultativo
de CLÍNICA DENTAL CAN PARELLADA y, en consecuencia, **AUTORIZO** a que me realice el procedimiento de
BLANQUEAMIENTO DENTAL, habiendo comprendido las siguientes explicaciones que me ha dado (tanto oral como
escritas):

1. El blanqueamiento consiste en un **aclaramiento del diente** que puede ser externo o interno. Aunque comúnmente se llame blanqueamiento, el diente se aclara y eso le da un aspecto más blanco.
 - El **blanqueamiento interno** se realiza en el interior del diente endodonciado, mientras que en el externo el agente blanqueador se aplica en la superficie externa del diente por un tiempo y una concentración determinados.
 - El **blanqueamiento externo** se lleva a cabo en sesiones en la clínica y en muchas ocasiones requerirá unas sesiones adicionales de blanqueamiento en casa/domicilio mediante férulas/cubetas individuales, hechas a medida, en las que se deberá dosificar el producto procurando que sea la cantidad indicada y el número de veces recomendadas por el facultativo y únicamente el tiempo pautado por éste. No ingerir el gel ya que puede producir alteraciones gástricas.
2. **Contraindicaciones:** si es menor de 18 años, embarazadas, en período de lactancia o alérgico a peróxidos.
3. El tratamiento de blanqueamiento es **temporal** y su **duración** en el tiempo depende en gran medida de los hábitos de cada paciente. Comprendo que, si no sigo las instrucciones entregadas, los resultados del tratamiento pueden variar, así como también pueden aparecer **reacciones adversas** al tratamiento dental como sensibilidad dental, encías y tejidos blandos.
4. Según el color y la condición inicial de los dientes, el **efecto del agente blanqueador** será mayor o menor. Debo saber que el color de las obturaciones, resinas, empastes o coronas que ya tenga no cambia, por lo que podrán verse distintas al nuevo color que adopten los dientes tras el blanqueamiento, por ello, si es necesario, puede que requiera sustituirlas para completar el tratamiento y mejorar los resultados.
5. Las sesiones en la clínica requerirán la **protección de las encías** mediante un gel que se endurece, aun así, estas podrían irritarse, pudiendo experimentar sensibilidad de forma reversible.
6. Antes de iniciar el tratamiento blanqueador en la consulta se coloca una **barrera de protección** en las encías y en los dientes que no se vayan a blanquear, además de un separador de labios.
7. Se utilizará un **gel de blanqueamiento** sobre la superficie externa de los dientes y/o en el interior de dientes endodonciados a blanquear. En ocasiones se utilizará una **lámpara de luz**, así que se le protegerán los ojos con unas gafas.
8. Es esperable una **leve sensibilidad dental** durante o posteriormente al tratamiento, por lo que posiblemente se apliquen **desensibilizantes** en clínica o se indiquen enjuagues durante unos días.



Entiendo que todos los **medicamentos** tienen potencial de presentar riesgos, efectos secundarios e interacciones con otros medicamentos. Por lo tanto, es fundamental que informe al dentista sobre todos los medicamentos que está tomando actualmente y que quedarán reflejados en la historia clínica. Así mismo, comunicar al odontólogo las enfermedades que tenga o haya tenido, ya que alguna de ellas podría afectar al propio tratamiento.

Entiendo que se hará todo esfuerzo razonable para asegurar el **éxito del tratamiento** y que se pondrán todos los medios al alcance, aun así, pueden no conseguirse parcialmente sus expectativas y objetivos iniciales por causas imprevisibles.

Entiendo que se me han explicado todas las **alternativas al tratamiento** que se me realiza y me he decidido por este porque es el que más se ajusta a mis necesidades, tanto sanitarias como particulares.

Entiendo que cumplir el **objetivo planificado** del tratamiento a corto y a largo plazo requiere un mantenimiento adecuado. Para ello, debo seguir todas las instrucciones que se me han dado.

Durante y después del tratamiento, debe dejar los **hábitos** que puedan hacerlo fracasar, como por ejemplo la ingesta de vino, café y otras bebidas, alimentos o incluso enjuagues bucales, así como fumar, ya que podrían teñir los dientes. Se le informará detalladamente.

Una vez explicado todo lo anterior y dado respuesta a todas las preguntas, he entendido perfectamente los riesgos del tratamiento y, además, se me ha ofrecido una **copia previa** de este consentimiento con antelación suficiente a su firma para poder leerlo. Doy mi **consentimiento** para el tratamiento y **asumo los riesgos** anteriormente expuestos. Conozco que este consentimiento puede ser **revocado** en cualquier momento.

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del acto, por ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me efectúe el tratamiento arriba indicado.

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído.

En TERRASSA , DNI Nº

Firma del paciente o representante legal:

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento:

Firma del testigo:

Consúltenos si tiene cualquier duda:

93 731 78 20 | 608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<http://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/tto-blanqueamiento-cas.pdf>