

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLANQUEAMIENTO DE DIENTES

Rev. 07/2019

INFORMACIÓN A CONSIDERAR

Entiendo que las manchas amarillas y cafés en los dientes generalmente se aclaran mejor que las azules y grises. Algunas manchas regresan después de terminado el tratamiento. Tal vez sea necesario llevar a cabo un nuevo tratamiento. Dientes con varias coloraciones, bandas o manchas debido al uso de Tetraciclina o a tratamientos con flúor no se blanquean bien y podrían necesitar múltiples tratamientos, y tal vez nunca queden blancos.

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

Entiendo que los tratamientos de blanqueamiento solamente aclaran la estructura natural del diente y no pueden aclarar las coronas, las carillas, los compuestos o cualquier otro material de restauración dental.

Entiendo que el blanqueamiento profesional llevado a cabo en la consulta dental podría requerir más de una consulta. La mayoría de los tratamientos de blanqueamiento dan como resultado la aclaración del diente en uno o dos tonos, de acuerdo a la guía de tonos dentales.

Si elijo hacer el blanqueamiento de mis dientes con un programa de blanqueado en casa, entiendo que existen instrucciones específicas que debo seguir. Mi dentista me ha facilitado estas instrucciones y entiendo la responsabilidad que debo tener al hacer uso de esos productos.

BENEFICIOS DEL BLANQUEAMIENTO DENTAL, ENTRE OTROS:

Entiendo que llevando a cabo un tratamiento de blanqueamiento, mis dientes se pueden aclarar, permitiéndome así tener una sonrisa con apariencia más saludable.

RIESGOS DEL BLANQUEAMIENTO, ENTRE OTROS:

El blanqueamiento de dientes no es predecible y entiendo que no existe la garantía de que el tratamiento vaya a funcionar.

Entiendo que el blanqueado de dientes puede causar que la dentadura quede sensible. Entiendo que si llegara a tener sensibilidad en los dientes y ésta persistiera por un largo tiempo, debo notificar al dentista.

Entiendo que las encías y el tejido blando de mi boca pudieran estar expuestos a los varios productos utilizados en el blanqueamiento, que pudieran causar alguna reacción alérgica o inflamación. Esto podría deberse a la exposición inadvertida de un pequeño área de estos tejidos al gel blanqueador o a la luz

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

ultravioleta.

Si esto ocurre, deberé informar a mi dentista.

Entiendo que no es posible especificar un período de tiempo de la durabilidad del tono claro de los dientes blanqueados. Estos períodos de tiempo varían dependiendo de las condiciones causadas por mis hábitos y circunstancias, como por ejemplo, el consumo diario de café, bebidas alcohólicas, fumar cigarrillos o la genética, que podrían ser internos, externos o ambos.

Entiendo que la exposición prolongada a los productos blanqueadores puede desgastar el esmalte de los dientes. Además, cualquier sensibilidad, recesión de las encías, exposición de la dentina, o cualquier otra condición dental que cause sensibilidad o permita que el producto blanqueador penetre dentro del diente, podría requerir un tratamiento adicional.

La aplicación profesional de productos blanqueadores requiere que mantenga mi boca abierta por largos periodos de tiempo. Si mi mandíbula se siente dolorida, lo notificaré al dentista inmediatamente. Además, mis labios podrían secarse o agrietarse. Estas condiciones pueden tratarse con la aplicación de un bálsamo labial, vaselina o crema de vitamina E.

CONSECUENCIAS DE NO ADMINISTRAR EL TRATAMIENTO, ENTRE OTRAS:

Entiendo que si no me someto al blanqueamiento de dientes, el color actual se mantendrá igual o continuará decolorándose más.

ALTERNATIVAS AL BLANQUEAMIENTO DE DIENTES, ENTRE OTRAS:

Entiendo que, dependiendo de la razón por la cual deseo blanquear mis dientes, entiendo que existen alternativas que incluyen, entre otras: cemento adhesivo, coronas y carillas. He preguntado a mi dentista sobre estas alternativas y sobre sus costos.

PARA TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

Entiendo que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir procedimientos, según las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no hayan sido detectadas durante el examen. El dentista explicará todos los cambios.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el blanqueamiento dental y creo que tengo suficiente



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

CONSENTIMIENTO

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita y que he entendido las explicaciones al respecto y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizar el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com