



ASOCIACIÓN UNIVERSITARIA VALENCIANA DE BLANQUEAMIENTO DENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLANQUEAMIENTO DENTAL

D./D^a con N^o Historia

De años de edad, con domicilio en

DNI N^o

D./D^a

De años de edad, con domicilio en

DNI N^o en calidad de (padre, madre, tutor) del/de la paciente

DECLARO:

Que el Dr/Dr^a 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 peróxido sobre la superficie de los dientes, previa protección de los tejidos blandos.

En la colocación de unas 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 precedentemente.

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

Me han explicado que se me aclararan los dientes como mínimo un tono, aunque si tengo bandas, éstas se me seguirán notando, aunque más claras. También sé que si soy fumador/a o tomo muchos alimentos o bebidas ricos en colorantes se me volverán a oscurecer más rápido que si 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 periódicamente, según indicación del dentista, la colocación de las cubetas.

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 éstos 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.

Fdo:

DENTISTA:

PACIENTE:

En, DE 20

.....
D./D^a. con N° Historia
De años de edad, con domicilio en
DNI N°

D./D^a.
De años de edad, con domicilio en
DNI 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.

Fdo:

DENTISTA:

PACIENTE:

En, DE 20