

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
BLANQUEAMIENTO DENTAL**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su odontólogo tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su odontólogo, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

BLANQUEAMIENTO DENTAL AMBULATORIO: El objetivo principal del blanqueamiento dental profesional es aclarar el tono de sus dientes utilizando una mezcla de peróxido de hidrógeno. Durante el procedimiento, el gel de blanqueamiento se aplicará en sus dientes por medio de cubetas pre formadas, de acuerdo a indicaciones dadas por su odontólogo tratante. Deberá cumplir con la cantidad, tiempo y controles indicados por éste, hasta lograr el aclarado deseado. Al final del procedimiento, deberá entregar las jeringas restantes a su tratante. Antes y después del tratamiento, el color de sus dientes será evaluado y registrado.

BLANQUEAMIENTO DENTAL EN CLÍNICA: El objetivo principal del blanqueamiento dental profesional es aclarar el tono de sus dientes utilizando una mezcla de peróxido de hidrógeno. Durante el procedimiento, el gel de blanqueamiento se aplicará directamente en sus dientes en una sesión de 45 minutos. Durante todo el tratamiento se colocará en su boca un retractor de carrillos plástico, para ayudarlo a mantener la apertura bucal y sus encías se cubrirán con una barrera para asegurar un aislamiento del gel de peróxido de hidrógeno. Antes y después del tratamiento, el color de sus dientes será evaluado y registrado.

Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar en los Procedimientos de Blanqueamiento Dental Ambulatorio y en Clínica, están:

- Durante el procedimiento de blanqueamiento el paciente puede presentar hipersensibilidad dental. Si sufre de sensibilidad dental previo al tratamiento, debe informar a su odontólogo tratante.
- Úlceras, irritación o dolor de encías, labios y mejillas. Si ocurriera cualquiera de las antes mencionadas, éstas serán de corta duración y serán tratadas por el Odontólogo tratante.
- Irritación gástrica, por deglución del gel de blanqueamiento.
- Las restauraciones estéticas no modifican su tonalidad durante el proceso de blanqueamiento, lo cual podría generar la necesidad de cambiar estas restauraciones posteriormente, bajo el costo adicional que esto implica y que debe ser asumido por el paciente.
- No conseguir el aclarado deseado.
- Hipersensibilidad que puede llevar a tratamiento de endodoncia.
- Reabsorción radicular externa o interna.

BLANQUEAMIENTO INTRACORONARIO: El objetivo principal del blanqueamiento dental profesional es aclarar el tono de sus dientes utilizando una mezcla de peróxido de hidrógeno. Durante el procedimiento, el gel de blanqueamiento se aplicará directamente al interior de el/los dientes tratados endodónticamente, siendo posteriormente sellado de manera temporal. Este procedimiento se deberá repetir de acuerdo a las necesidades y grado de aclaramiento logrado entre sesiones. Una vez concluido el tratamiento, el diente requerirá una nueva obturación definitiva y su costo es independiente del tratamiento de blanqueamiento. Esta rehabilitación o restauración definitiva es de exclusiva responsabilidad del paciente y es fundamental que sea realizada dentro del menor tiempo posible con el fin de sellar el tratamiento y asegurar el buen resultado, aunque esto no garantice o prevenga las fracturas. Antes y después del tratamiento, el color de sus dientes será evaluado y registrado.

Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar en el Blanqueamiento Intracoronario están:

- Úlceras, irritación o dolor de encías, labios y mejillas. Si ocurriera cualquiera de las antes mencionadas, éstas serán de corta duración y serán tratadas por el Odontólogo tratante.
- Las restauraciones estéticas no modifican su tonalidad durante el proceso de blanqueamiento, lo cual podría generar la necesidad de cambiar estas restauraciones posteriormente, bajo el costo adicional que esto implica y que debe ser asumido por el paciente, incluida la restauración de la cavidad de acceso para realizar el blanqueamiento intracoronario.
- No conseguir el aclarado deseado.
- Reabsorción radicular externa o interna.
Fractura de la pieza por poca estructura dentaria remanente.

El grado de blanqueamiento es variable de un paciente a otro y no puede ser garantizado, pero en general los dientes amarillos o marrones, las manchas extrínsecas y dientes oscurecidos de un solo color son más fáciles de blanquear; dientes grises, con tinciones intrínsecas y con fracturas o fisuras son más difíciles de aclarar y pudieran requerir más de un ciclo de Blanqueamiento. Del mismo modo, con el paso del tiempo el nivel de aclarado puede disminuir, pudiendo ser necesario repetir el tratamiento para mantener el tono, bajo el costo adicional que esto implica y que deberá ser asumido por el paciente.

Comprendo que después del tratamiento deberé abstenerme de consumir alimentos cromogénicos (que causen tinciones), como vino tinto, bebidas con colorantes, té, café, fruta como cerezas o maqui, etc., así como todos los productos del tabaco, que también causan tinciones.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Blanqueamiento Dental** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciado el tratamiento, éste podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE BLANQUEAMIENTO DENTAL, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Obtención de Consentimiento	FECHA firma del consentimiento: ____/____/____	HORA:
Fecha de realización del Procedimiento		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
 (Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)