

## Análisis y consentimiento informado para blanqueamiento dental

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

### Hechos que debe considerar

*Se necesitan las iniciales del paciente*

- \_\_\_\_\_ Comprendo que las manchas amarillas y marrones usualmente se aclaran mejor que las manchas grises o azules. Algunas manchas reaparecen después de discontinuar el tratamiento. Es posible que sea necesario realizar un nuevo tratamiento. Los dientes con múltiples coloraciones, bandas o puntos debido al uso de tetraciclina o fluorosis (decoloración del esmalte dental) no se blanquean bien y podrían necesitar múltiples tratamientos o podrían no blanquearse para nada.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que los dientes con muchos empastes podrían no aclararse y por lo general se tratan mejor con otras alternativas de blanqueamiento.
- \_\_\_\_\_ Comprendo que los tratamientos de blanqueamiento solo aclaran la estructura natural del diente y no pueden aclarar coronas, frentes estéticos, compuestos u otros materiales de restauración.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que el blanqueamiento profesional en el consultorio podría requerir más de una visita al mismo. La mayoría de los tratamientos de blanqueamiento harán que los dientes se aclaren entre uno y dos tonos en una guía de tonos dentales.
- \_\_\_\_\_ Si decido participar en un programa de blanqueamiento hogareño, comprendo que hay instrucciones específicas que debo seguir. El/La Dr./Dra. \_\_\_\_\_ me ha proporcionado estas instrucciones y entiendo mi responsabilidad a la hora de usar estos productos.

### Beneficios del blanqueamiento, no limitados a los siguientes:

- \_\_\_\_\_ Comprendo que participar en tratamientos de blanqueamiento puede aclarar el color de mis dientes, dándome una sonrisa de apariencia más blanca.

### Riesgos del blanqueamiento, no limitados a los siguientes:

- \_\_\_\_\_ Entiendo que el blanqueamiento dental es impredecible y que no hay garantías de que el blanqueamiento dental funcionará.
- \_\_\_\_\_ Comprendo que el blanqueamiento dental podría hacer que los dientes se tornen sensibles. Si se produce esa sensibilidad y persiste durante cualquier período de tiempo, notificaré al/a la Dr./Dra. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Entiendo que las encías o el tejido blando de mi boca podrían quedar expuestos a varios agentes utilizados en los procedimientos de blanqueamiento, los cuales pueden causar una respuesta alérgica o inflamación. Esto también podría deberse a una exposición inadvertida de un área pequeña de esos tejidos al gel blanqueador o a la luz ultravioleta. Si sucede esto, me comunicaré con el/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Comprendo que es imposible establecer un marco de tiempo específico sobre cuánto tiempo mantendrá la apariencia aclarada de los dientes blanqueados el tono aclarado. Estos períodos de tiempo pueden variar según condiciones causadas por mis hábitos (por ejemplo, beber café a diario, fumar) y circunstancias o características genéticas, las cuales pueden ser internas, externas o ambas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que una exposición prolongada a productos de blanqueamiento puede desgastar el esmalte dental. Además, cualquier sensibilidad existente, recesión, dentina expuesta u otras condiciones dentales que causen sensibilidad o permitan la penetración del producto blanqueador al diente podrían requerir un tratamiento adicional.

\_\_\_\_\_ Comprendo que la aplicación profesional de productos blanqueadores puede hacer que mi boca deba permanecer abierta durante períodos prolongados de tiempo. Si comienza a dolerme la mandíbula, avisaré al/a la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ de inmediato. Además, podrían secarse o agrietarse mis labios. Esto se puede tratar mediante la aplicación de un bálsamo labial, vaselina o crema con vitamina E.

**Consecuencias si no se realiza un tratamiento, no limitadas a las siguientes:**

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no participo en procedimientos de blanqueamiento, el color de mis dientes se mantendrá igual o continuará descolorándose aún más.

**Alternativas al blanqueamiento, no limitadas a las siguientes:**

\_\_\_\_\_ Comprendo que según la razón por la cual me blanquee los dientes, podría haber alternativas que incluyen, entre otras, adhesiones, coronas y frentes estéticos. Le he preguntado a mi dentista sobre ellas y sus respectivos costos.

**Alternativas abordadas:** \_\_\_\_\_

Nadie me ha garantizado ni asegurado que el tratamiento propuesto curará o mejorará la(s) condición(es) indicada(s) anteriormente.

**Marque las casillas a continuación que se aplican a su caso:**

**Consentimiento**

- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
- Me han informado, de forma oral y mediante la información proporcionada en este formulario, sobre los riesgos sustanciales y beneficios del tratamiento alternativo y de elegir no tratar mi condición.
- Certifico que he leído y comprendo la información anterior, que entiendo las explicaciones a las cuales se hace referencia, que han respondido a mis preguntas y que se han llenado los espacios en blanco que debía completar o en los que debía colocar información. Autorizo e instruyo al/a la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ a hacer lo que considere necesario y aconsejable en virtud de las circunstancias.
- Doy mi consentimiento para que me realicen el tratamiento mencionado anteriormente.
- Aunque el tratamiento podría no estar cubierto por mi seguro médico o dental, acepto cualquier responsabilidad económica por este tratamiento y lo autorizo.

**o**

**Rechazo**

- Me niego a dar mi consentimiento para el/los tratamiento(s) propuesto(s) descrito(s) anteriormente y comprendo las posibles consecuencias asociadas con este rechazo.

\_\_\_\_\_  
Paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Doy fe de que he abordado los riesgos, los beneficios, las consecuencias y las alternativas del tratamiento anterior con \_\_\_\_\_ (Paciente o representante del paciente) y que él o ella ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Creo que el paciente comprende lo que se le ha explicado y da su consentimiento para el tratamiento indicado anteriormente o lo rechaza.

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha