

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO SOBRE BLANQUEAMIENTO

Yo, {paciente.nombre} {paciente.apellido} con NIF/ Pasaporte {paciente.dni}, declaro que con fecha {consentimiento.fecha_creacion}, en {centro_de_salud.nombre}, el/ la facultativo {especialista.nombre} {especialista.apellido} colegiado {especialista.colegiatura} me ha propuesto y presupuestado el siguiente plan de tratamiento:

Pandemia Covid 19

El paciente ha sido informado de los protocolos de bioseguridad instaurados en {centro_de_salud.nombre} frente a la nueva situación creada por la PANDEMIA del Covid-19.

En la circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, le informamos que NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión del COVID-19 a pesar de que la Clínica Dental Donnay tiene implantados unos estrictos protocolos para velar por la máxima seguridad de pacientes y profesionales.

INFORMACIÓN SOBRE EL BLANQUEAMIENTO

Finalidad:

Aclarar el color de los dientes, sean vitales o no, consiguiendo un tono más blanco. El grado de mejoría del tono de los dientes dependerá de cada persona y de sus piezas dentales, siendo más difícil en los casos de tener obturaciones o manchas y bandas intrínsecas, dado que solo se blanqueará el tejido dentario y por igual, no eliminando manchas de modo selectivo.

Naturaleza del tratamiento:

Consiste en:

- Colocación en la consulta de un gel de blanqueamiento sobre la superficie externa de los dientes a blanquear.
 - Colocación en los dientes de unas cubetas de silicona blanda, hechas a medida y que serán entregadas en la consulta.
 - Utilización conjunta de las dos técnicas descritas anteriormente.
 - En la aplicación en consulta de un gel blanqueador en la superficie externa de los dientes.
 - En la aplicación de un gel blanqueador y un protector para mis encías y los ojos, durante un tiempo que el profesional decidirá y aplicando una fuente de luz sobre los dientes.
 - Cuando el tratamiento se realiza en la consulta de forma exclusiva pueden ser necesarias varias sesiones para conseguir resultados satisfactorios.
 - Antes de iniciar el tratamiento blanqueador en la consulta es necesaria la adecuada protección de las encías y los dientes que no se vayan a blanquear.
- #### Dificultades

Pueden aparecer manchas de color blanco en los dientes durante la realización del tratamiento. Estas manchas suelen desaparecer conforme el diente aclara su color. No obstante, en ocasiones pueden permanecer presentes a la finalización del mismo, y ser necesario poner en práctica otras alternativas terapéuticas si se desea eliminarlas.

La zona cervical del diente puede ser más rebelde al tratamiento y no llegar a conseguirse el mismo color que en el resto del mismo.

En ocasiones los dientes pueden no modificar su color con el tratamiento.

Para mantener los resultados logrados tras el tratamiento puede ser necesario repetir éste periódicamente cuando el dentista lo juzgue conveniente, o poner en práctica las medidas de mantenimiento que él considere más adecuadas.

Riesgos probables en condiciones normales

Los tratamientos que el paciente efectúe en casa pueden dañar las encías o provocar molestias si no se realizan de forma adecuada, o se excede en el tiempo o en el número de veces de aplicación del producto al día, o en la cantidad de aplicación del mismo.

Si se aplica demasiado gel provocando un contacto con las encías, se debe eliminar con una gasa, ya que se pueden producir irritaciones en las mismas.

Se pueden alterar las obturaciones de metal si contactan con el producto.

Si se ingiere accidentalmente se pueden ocasionalmente padecer molestias en la garganta o incluso padecer episodio leve de diarrea.

Durante el tratamiento se puede tener sensibilidad o molestias en los dientes tras la ingesta de bebidas y/o comidas frías, calientes, ácidas o bebidas con gas, así como de la eventual posibilidad de presentar alergia ante algunos productos blanqueadores. Si esto sucediera, se debe contactar con la clínica.

Existe riesgo de una cierta resorción radicular, sobre todo cuando se realiza en dientes que han sido endodonciados o que han sufrido traumatismos, aunque dicho riesgo es muy bajo.

Circunstancias particulares del paciente:

Si es fumador/a, o no tiene una buena higiene oral o se ingieren muchos alimentos o bebidas ricos en colorantes los dientes se volverán a oscurecer más rápido que si no a pesar de que los dientes se oscurecen de forma fisiológica con la edad.

En los dientes muy restaurados el blanqueamiento puede no ser muy efectivo al no presentar éstos suficiente estructura dentaria.

El tratamiento blanqueador no modifica el color de las obturaciones, carillas, corona y otros materiales colocados en mis dientes. En estos casos existen otras alternativas más indicadas a la hora de modificar el color de los dientes.

Si los dientes tienen bandas o manchas, éstas se pueden seguir notando, aunque más claras.

El paciente asume que el plan de tratamiento pautado inicialmente es orientativo y que podrá sufrir modificaciones en función de la respuesta de los dientes al mismo.

Se deben seguir rigurosamente todas las instrucciones y recomendaciones indicadas por el dentista y cumplir con el programa de revisiones pautado.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

PACIENTE

D/ Dña. {paciente.nombre} {paciente.apellido} con DNI {paciente.dni}, o su Representante Legal D/ Dña. {paciente.rep_nombre} {paciente.rep_apellido} con DNI {paciente.rep_dni}:

Declaro que el facultativo/ a Dr./ Dra. {especialista.nombre} {especialista.apellido} me ha explicado satisfactoriamente qué es, cómo se realiza y para qué sirve este tratamiento. También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento, más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, y por todo ello, en fecha consiento que el Dr/ Dra {especialista.nombre} {especialista.apellido} y por ende el equipo de ayudantes de la clínica que él/ella designe se me realice el tratamiento antes mencionado reservándome el derecho de revocar en cualquier momento este consentimiento que ahora presto, sin necesidad de dar ninguna explicación.

Lo que en prueba de lo dicho firmo en {ciudad.nombre} a {consentimiento.fecha_creacion}

FACULTATIVO

Dr./Dra. {especialista.nombre} {especialista.apellido} N° Col. {especialista.colegiatura} he informado a este paciente y/ o su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre sus posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización del tratamiento. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

Lo que en prueba de lo dicho firmo en {ciudad.nombre} a {consentimiento.fecha_creacion}

ID Audio: {audio.md5}

ID Video: {video.hashmd5}

ID Firma Paciente: {consentimiento.hash_fpaciente}

ID Firma Representante Legal: {consentimiento.hash_frepresentante}

ID Firma Especialista: {consentimiento.hash_fespecialista}

S

Firma del Paciente

S

Firma del Especialista

EPROCESSMED