

Formulario de consentimiento informado del paciente para blanqueamiento de dientes

Información general: Los geles para blanqueamiento Perfecta® se han diseñado exclusivamente para tratamientos dirigidos profesionalmente bajo la supervisión de un dentista. Lea todas las instrucciones en su Guía del paciente.

Efectos secundarios: No espere para reportar a su dentista cualquier síntoma o incomodidad que sienta. La incomodidad más común durante los primeros días de tratamiento son encías adoloridas o sensibilidad de los dientes al calor y el frío. Su dentista podría reducir el tiempo de uso de la cubeta de blanqueo o ajustar la cubeta para resolver prontamente estos problemas. Tomar ibuprofen o un analgésico ligero como aspirina podría ayudar a reducir cualquier incomodidad. No existe ninguna evidencia de que este sistema tenga efectos adversos sobre el embarazo; sin embargo, no se han realizado pruebas clínicas específicas. Consulte con su médico si tiene alguna duda.

Resultados esperados: Los resultados varían de un paciente a otro, pero la mayoría obtiene resultados notables en dos o tres semanas. Las coronas, las adhesiones directas y las restauraciones de dientes coloreados no blanquean y podrían requerir tratamiento adicional. Los dientes blanqueados generalmente se mantienen estables de tres a cinco años. Ciertos alimentos, bebidas y el uso de tabaco gradualmente van creando manchas que podrían requerir un programa de mantenimiento con Perfecta® Whitening Toothpaste o un retoque de blanqueamiento ocasional. Siga cuidadosamente todas las instrucciones.

Responsabilidades del paciente: He comprendido la información e instrucciones de fondo, tanto las escritas arriba como las que me ha dado verbalmente el dentista. Si no asisto a las siguientes consultas planificadas o no uso el sistema para blanquear en la forma indicada, podría obtener resultados de blanqueamiento no satisfactorios y podría dañar o irritar mis dientes, encías y tejidos blandos. He tenido oportunidad de preguntarle a mi dentista cualquier aspecto del tratamiento que no haya entendido bien. He comprendido cómo colocar el gel para blanqueamiento en la cubeta y sé cuál es el tiempo de uso recetado. Acepto someterme al tratamiento, a pagar la tarifa correspondiente y al uso de un expediente sobre el tratamiento de blanqueamiento de mis dientes. Comprendo que el uso correcto de Perfecta® Whitening Toothpaste podría ayudar a prevenir la recaída de los resultados de mi tratamiento de blanqueamiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____