

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO
TRATAMIENTO COSMETICO
(INCLUYE BLANQUEAMIENTO Y/O CARILLAS)

YO ENTIENDO QUE LA ODONTOLOGIA COSMETICA puede tener ciertos riesgos y posibles fracasos como resultados, los cuales se esperan y desea se han existosos. Aunque se tenga el mayor cuidado y se trate de ser diligente en el tratamiento, no hay garantias anticipadas a los resultados del tratamiento o a la longevidad de este. Sinembargo, asumo todos los riesgos y posibles fracasos asociados con pero no limitados a lo siguiente:

1. **Reduccion o desgaste de la superficie del diente:** Haciendo la preparacion del diente para recibir una carilla estetica (venneers) aunque sea porcelana o resina , sera necesario reducir y desgastar la superficie dentaria a la cual la carilla sera pegada. La preparacion se hace lo mas conservativa posible, pero una vez esta hecha el paciente se compromete a hacer la carillas o coronas para toda la vida. Si la carilla se rompe o se cae el diente queda susceptible a caries si no se remplaza en un periodo de tiempo considerable.
2. **Sensibilidad de dientes:** Como resultado de blanqueamientos, o durante el proceso de modificar el diente para recibir una carilla existe la posibilidad de que se desarrolle sensibilidad la cual puede durar dias o meses despues del blanqueamiento o la preparacion del diente. En la mayoría de los casos la sensibilidad desaparece con el tiempo pero si persiste por un largo periodo de tiempo, el odontologo le puede prescribir fluor para tratarlo.
3. **Rompimiento, ruptura o aflojamiento de la carilla:** Puede ocurrir a cualquier momento despues de la cementacion . Muchos factores pueden contribuir a que esto suceda tales como: masticar materiales duros, cambios en la fuerza de oclusion (mordida), golpes traumaticos a la boca, fracaso del pegante que une la carilla, tambien otros factores que el odontologo no conoce.
4. **Sensibilidad o reaccion alergica de la encia a los materiales de blanqueamiento o agentes de pegar:** Aunque esto es algo inusual, los tejidos de la boca estan expuestos a varios materiales usados en estos procedimientos los cuales pueden crear una reaccion alergica. Tambien la encia puede mostrar signos de inflamacion. Si esto courre por favor comunicarselo al doctor.
5. **Apariencia Estetica:** Todo lo posible se hara para igualar la forma y el color de las carillas las cuales se haran para complacer al paciente. Sinembargo hay algunas diferencias entre lo natural y lo artificial haciendo imposible que la forma y el color queden perfectamente iguales al diente natural. Una vez que las carillas se hayan cementado si se desea hacer algun cambio se le hara un cargo por los ajustes o cambio de la carilla.
6. **Longevidad;** Es imposible determinar el tiempo que la carilla va ha durar o por el color de los dientes blanqueados. Estos periodos pueden ser cortos o largos dependiendo de cada paciente y las condiciones externas e internas.
7. **Consideraciones para Blanqueamiento:** El blanqueamiento se puede hacer en la oficina o en su casa. El grado de blanqueamiento varia con el individuo. La mayoría alcanza un cambio considerable (1-3 tonos en la guia de colores) para algunos pacientes les toma mas tiempo alcanzar el blanqueamiento deseado. Café, te y tabaco manchan los dientes despues del blanqueamiento y se deben evitar por las primeras 24 horas despues del tratamiento. El peroxido de Carbamina y otros peroxidos usados en blanqueamientos estan aprobados por FDA como antisépticos orales. El uso como blanqueadores es efectivo y no se conocen riesgos pero pueden haber algunos desconocidos que persistan. Al aceptar el blanqueamiento usted acepta estos riesgos. Mujeres embarazadas deben consultar con su medico antes de hacer este tratamiento.
8. **Es la responsabilidad del paciente de informar al odontologo de cualquier problema inesperado o incomodidad. Ademas todas las instrucciones deben ser seguidas diligentemente. Debe asistir a todas las citas.**

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO: Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a la naturaleza y el proposito del tratamiento cosmetico y he recibido las respuestas a mi satisfaccion. Yo voluntariamente asumo cualquier y todos los posibles riesgos incluyendo un riesgo substancial si estuviera relacionado con una fase del tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. No garantias o promesas se me han hecho con respecto al resultado del tratamiento. Los costos del tratamiento se me han sido explicados a mi satisfaccion. Firmando esta forma yo doy mi libre consentimiento y autorizo al Dr _____ y/o asociados a rendir cualquier tratamiento necesario o recomendable incluyendo la administracion y/o prescripcion de anestésicos o medicamentos.

Nombre del Paciente

Representante Legal o
Guardian

Fecha

Testigo

Fecha

(Rev. 7/09)

TRATAMIENTO COSMETICO CONSENTIMIENTO PARA CEMENTACION FINAL

1. La naturaleza y tipo de material usado en mi carilla o corona o puente, por ejemplo porcelana – metal, toda porcelana, etc. Ha sido explicada y entiendo que el material a usar es:

Firmando esta forma yo doy mi consentimiento y autorizo el material a usar en mi boca.

2. Se me a dado la oportunidad de ver mi carilla y/o corona y/o puente en boca antes de la cementacion final. Yo apruebo el color,forma,sentido ,y toda las apariencias de mi carilla y/o corona y/o puente. Yo entiendo que una vez cementado en mi boca los factores del color,forma,sentido y toda las apariencias no pueden ser cambiadas sin un costo adicional y significativo tiempo para ser hechas. Yo entiendo que en un futuro al remover una carilla y/o corona y/o puente puede crear un riesgo de lesion o rompimiento de los dientes debajo. Al firmar este consentimiento para cementacion final yo autorizo al Dr. _____ y doy mi aprobacion dela apariencia y el material a usar.

Nombre del paciente

Representate Legal o Guardian

Fecha

Testigo

Fecha

Odontologo

Fecha

(Rev. 7/09)