

RN 13051



Colexio Profesional  
de Hixienistas Dentais  
de Galicia

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE TARTRECTOMÍA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Terapéuticos y Diagnósticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad y la Ley 41/2002:

D/D<sup>a</sup>: H. Flor Trejeda Serodio con

D.N.I. 36135711C como paciente (padre/madre, tutor/tutora o representante legal) en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente

DECLARO que:

El/la Higienista, D./D<sup>ña</sup> LARA RCUA SARA me ha explicado que es conveniente, en mi situación proceder a la aplicación del tratamiento de Tartrectomía dándome la siguiente información:

- El propósito principal del tratamiento tiene como finalidad la eliminación de los factores irritativos e infecciosos locales (cálculo dental o masa mineralizada adherida a la superficie de los dientes y su margen gingival libre y placa bacteriana) para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.
- El sarro o cálculo es un factor irritante que en el caso de no eliminarlo dará lugar a una inflamación de las encías (gingivitis y periodontitis) que se manifestara con dolor, hinchazón y sangrado de las mismas y que llega a afectar a los tejidos de soporte de los dientes.
- La técnica se lleva a cabo mediante un aparato de ultrasonidos que produce una vibración que hace desprender el cálculo del diente o bien de forma manual mediante instrumental específico. Aunque no es una técnica dolorosa, si puede resultar en algunos casos molesta dependiendo de la sensibilidad dentaria de cada persona.
- También se realizará la remoción de manchas dentales extrínsecas y pulido especializado con pasta abrasiva, o bien mediante un aeropulidor con el sistema a base de bicarbonato de sodio a presión.
- El tratamiento, en principio, no necesita la administración de anestesia local. En caso de necesitarla, se podrá administrar vía tópica, administrando benzocaína en gel difundándose a través de la mucosa, para aliviar levemente el dolor provocado por la sensibilidad dental.

ANEXO CONSENTIMIENTO INFORMADO

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_ con  
D.N.I. \_\_\_\_\_ como paciente (padre/madre, tutor/tutora o representante  
legal) REVOCA el consentimiento prestado con fecha \_\_/\_\_/\_\_ ante el Higienista Dental  
informante D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, no deseando proseguir  
en tratamiento propuesto.

Firma del/de la Higienista

Firma del/de la paciente, padre/madre, tutor/tutora o  
representante legal

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_