



D./Da Nuria Loarte Barreal
_____, con domicilio en Vigo, Pontevedra
y con D.N.I. 76584252-W
D./Da _____
con domicilio en _____
y con D.N.I. _____ en calidad de _____
(padre, madre, tutor) del/de la paciente _____

DECLARO

Que el Dr/Dra. D./Dña Alejandro Fernández odontólogo colegiado nº 36001705 me ha informado de que se me va a realizar un tratamiento de blanqueamiento dental.

Dicho tratamiento consiste en la colocación de cubetas hechas a medida que le daremos en la consulta donde usted aplicará el agente blanqueador de forma domiciliaria.

Me han explicado que se me aclararán los dientes como mínimo de un tono, aunque si tengo bandas, éstas se me seguirán notando, aunque más claras. También se me ha explicado que si soy fumador/a o tomo muchos alimentos o bebidas ricos en colorantes, se me volverán a oscurecer más rápido que no tengo éstos hábitos, de todos modos, me han explicado que los dientes se oscurecen de forma fisiológica por la edad.

Si se me ha hecho un tratamiento con cubetas en casa, puedo repetir el tratamiento periódicamente, según indicación del dentista.

Se me ha informado de que puedo tener sensibilidad al frío a lo largo del tratamiento y que si esto me sucede debo suspender el tratamiento y acudir a la consulta. Comprendo que el riesgo de sufrir sensibilidad aumenta con el tiempo de uso, por lo que si duermo con las férulas el riesgo a tener sensibilidad será mayor a si las uso menos de tres horas diarias. También se me ha informado del riesgo de reabsorción radicular que algunas veces pueden producir estos tratamientos, aunque dicho riesgo es muy bajo.

Soy consciente de que no debo comer, beber o fumar con las férulas puestas. Tampoco debo fumar durante las dos primeras horas tras el blanqueamiento. Deberé evitar o al menos reducir la ingesta de alimentos y bebidas con colorantes durante 48 horas tras el uso de la férula.

He entendido todo lo que se me ha explicado, he hecho todas las preguntas que me han surgido y se me han aclarado adecuadamente. De todos modos puedo revocar el consentimiento que ahora firmo en cualquier momento.

En Vigo, a 13 de MARZO de 2025

Firmado:



DR. FERNÁNDEZ TERZADO
ODONTÓLOGO
Colegiado Nº 36001705