



1

El color de los dientes reside mayoritariamente en la dentina, situada por debajo del esmalte. A pesar de que el color de los dientes es distinto en cada paciente, la edad y determinados alimentos o fármacos pueden teñir y oscurecer los dientes.

Existen distintos tipos de blanqueamiento, algunos requieren sesiones en la clínica y la mayoría de ellos consisten en la aplicación de un gel blanqueador, que ha de estar en contacto con los dientes durante varias horas al ser aplicado en una férula hecha a medida para cada paciente



2



3

Esta férula con el gel en su interior se aplica sobre los dientes limpios, retirándose los posibles excedentes. Generalmente la aplicación se lleva a cabo durante la noche, mientras dormimos. No se debe fumar en la hora previa a su colocación ni en la siguiente a su retirada.

El número de aplicaciones necesarias dependerá en cada paciente y deberá ser siempre el indicado por su odontólogo. Si el caso es favorable y el tratamiento se realiza adecuadamente el resultado será unos dientes más claros y luminosos y una sonrisa más juvenil.



4

## CONSENTIMIENTO INFORMADO BLANQUEAMIENTO

Clínica dental: .....

Dr./Dra.: .....

Colegiado nº .....

**coem**   
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y  
Estomatólogos de la 1ª Región

C/ Mauricio Legendre 38, 28046 Madrid - Tel. 91 561 29 05 / Fax: 91 563 28 30

[www.coem.org.es](http://www.coem.org.es) @dentistasCOEM



**coem**   
Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y  
Estomatólogos de la 1ª Región

## CONSENTIMIENTO INFORMADO BLANQUEAMIENTO

Yo, .....,

mayor de edad y con DNI nº .....

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo, ....., con DNI nº .....

en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del paciente.....

.....

### DECLARO:

- Que se me han explicado los siguientes aspectos sobre el blanqueamiento dental externo:
  - ⇒ El blanqueamiento o aclaramiento dental externo consiste, fundamentalmente, en la aplicación en diversas sesiones en la clínica o siguiendo una pauta de tiempo y frecuencia limitada en casa, de un gel blanqueador que, al liberar oxígeno, actúa sobre los tejidos duros dentarios, aclarándolos progresivamente. El resultado final consiste en una sonrisa más clara, más luminosa.
  - ⇒ Los dientes pueden presentar un color oscuro por distintos motivos, como la edad, colorantes de la dieta (té, café, vino tinto, bebidas de cola, granada, etc.) y tabaco, o consumo de determinados fármacos. El odontólogo determinará el origen de la tinción y la forma de tratarla.
  - ⇒ La aplicación del producto blanqueador en forma de gel se realiza, generalmente, mediante su colocación en cubetas preformadas adaptadas a los dientes del paciente. Es necesario que éstas se mantengan en la boca durante unas horas determinadas al día para lograr los mejores resultados.
  - ⇒ Las cubetas personalizadas se confeccionan a medida, logrando un ajuste máximo a la forma de los dientes. Esto conlleva que la cantidad de gel que se coloque debe ser reducida, con el objetivo de prolongar la vida del producto y facilitar la evacuación del sobrante una vez sea colocada en la boca.
  - ⇒ El principal efecto secundario asociado consiste en el aumento de la sensibilidad de los dientes (a estímulos, principalmente el frío), sobre todo en pacientes que ya presentan hipersensibilidad. Estas molestias, en caso de aparecer, están asociadas a la aplicación del producto de blanqueamiento, por lo que desaparecen completamente cuando se finaliza el mismo. El odontólogo dispone de diversas formas para reducir esta hipersensibilidad.
  - ⇒ Complicaciones mayores, como reacciones alérgicas, son infrecuentes. Para prevenir posibles efectos indeseados es fundamental que nos advierta de cualquier alergia (sobre todo a peróxidos) o enfermedad que padezca, así como de los medicamentos que esté tomando.
  - ⇒ El producto blanqueador sólo tiene efecto en los dientes naturales, es decir, tanto las coronas (fundas) como las obturaciones (empastes) previos no modifican su aspecto, pudiendo existir una disparidad de color una vez concluido el blanqueamiento.
  - ⇒ La capacidad de aclaramiento de los dientes es limitada. Del mismo modo no se puede predecir el grado de aclaramiento que se va a producir. El profesional es el que debe valorar la situación y será quien decida sobre la posible prolongación o modificación del tratamiento.
  - ⇒ La zona cervical de los dientes (junto a la encía), debido a su anatomía, es difícil de blanquear, permaneciendo siempre algo más oscura que el resto del diente. Por la misma razón, los caninos se aclaran menos que los incisivos.
  - ⇒ En casos de discoloraciones dentarias muy severas pueden no lograrse resultados completamente satisfactorios. Los dientes más oscuros o con discoloraciones severas requerirán mayor tiempo de tratamiento. Las manchas blancas opacas o bandas que algunos dientes presentan normalmente no desaparecen, si bien se aclaran.
  - ⇒ El mantenimiento del color que se obtenga depende de diversos factores. Cuanto mayor sea la presencia de hábitos perjudiciales (tabaco) o el consumo de alimentos o bebidas coloreadas en la dieta, menor será la duración y mayor probabilidad existirá de recidiva. He entendido que, con la edad, los dientes tienden a ser menos claros.

### DECLARACIONES Y FIRMAS

#### PACIENTE

D./ Dª ..... con DNI .....

declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra .....

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

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, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En..... a ..... de..... de 20.....

Firmado, el/la paciente

#### REPRESENTANTE LEGAL

D. / Dª ..... con DNI .....

y domicilio en ..... calle ..... nº .....

declaro que el/la facultativo/a, Dr/Dra .....

me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **doy mi consentimiento** para que realicen al paciente D./Dª..... dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

con DNI .....dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

En..... a ..... de..... de 20.....

Firmado, el/la representante

#### FACULTATIVO

Dr/Dra. ....

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En..... a ..... de..... de 20.....

Firma, nº de colegiado

**NEGATIVA DEL PACIENTE A LA REALIZACIÓN**

**REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE**

En..... a ..... de..... de 20.....

Firmas:

El paciente

El/la facultativo/a

Colegiado