

CONSENTIMIENTO INFORMADO ACLARAMIENTO DENTAL COSMETICO

Yo,

en pleno uso de mis facultades mentales y actuando de manera voluntaria, doy mi consentimiento para someterme al procedimiento de Aclaramiento Dental Cosmético.

Entiendo que el Aclaramiento Dental Cosmético es un procedimiento destinado a mejorar la apariencia estética de mis dientes mediante la eliminación de manchas y decoloraciones superficiales.

He sido informado(a) de que este procedimiento puede implicar riesgos, como sensibilidad dental temporal, irritación de las encías y, en casos muy raros, daño permanente en los tejidos blandos o duros de la boca.

Acepto que se me ha explicado detalladamente en qué consiste el procedimiento, así como los posibles riesgos y complicaciones asociados, y he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas necesarias para aclarar cualquier duda que pueda tener.

Reconozco que los resultados del Aclaramiento Dental Cosmético pueden variar de persona a persona y que los resultados finales pueden no ser completamente predecibles.

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes o durante el procedimiento, y que se me proporcionará información adicional si así lo requiero.

En vista de lo anterior, consiento voluntariamente en someterme al procedimiento de Aclaramiento Dental Cosmético, entendiendo plenamente sus implicaciones y aceptando los posibles riesgos que conlleva.

Nombre de profesional:

Firma de profesional:

Firma cliente: _____ Fecha:

(Testigo si es necesario)

Nombre del Testigo (si aplica): _____

Firma del Testigo (si aplica): _____

Fecha: _____