



# Implanet

Tu Sonrisa, Nuestra Especialidad

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HIGIENE DENTAL Y/O DESTARTRAJE

Con fecha \_\_\_\_\_, Yo \_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_, se me ha explicado que se me realizará una **Limpieza Dental** que tiene como motivo eliminar el sarro o cálculo (factores irritativos e infecciosos) que se encuentran adheridos a la superficie visible del diente o corona dental. Este tratamiento es realizado con un aparato de ultrasonido que produce una vibración que desprende el cálculo dental sin dañar el esmalte del diente. Este tratamiento puede ser realizado por un **dentista o Técnico en Odontología higienista dental**. Durante este tratamiento existe un riesgo de desalajo de restauraciones ubicadas a nivel cervical de los dientes u otro tipo de restauraciones (tapaduras), no relacionadas al tratamiento y que no depende del operador, por tanto, no son cubiertos por la garantía de este.

**Una restauración en buen estado y correctamente realizada no debiera desalojarse con este procedimiento.**

En general esta técnica no es dolorosa, sin embargo, se pueden presentar ciertas molestias posteriores como escape del aire, molestia en encía, o sensibilidad posterior a este tratamiento. Esta reacción depende de cada persona y por tanto no es predecible.

En caso que me deban realizar **Destartraje Supraginival**, se me explicó, que éste consiste en, una limpieza profunda dental del sarro o cálculo alojado en zonas muy cercanas a la encía.

También se me ha explicado, en caso de requerir un **Pulido Radicular** este consiste en un procedimiento de limpieza dental, para prevenir enfermedades periodontales, donde se limpia e higieniza los dientes por debajo de la encía, es decir la raíz del diente y que, en caso de requerirlo, se deberá realizar un tratamiento periodontal, que conlleva costos adicionales y no incluidos en este tratamiento. Reconozco que se me ha explicado que, como medida preventiva a la aparición de las enfermedades de la encía, debo visitar periódicamente al dentista (**idealmente cada seis meses**) y mantener escrupulosamente mi higiene oral.

He completado el informe sobre mi encuesta de salud, informando el uso anticoagulante, marcapaso, diabetes, cardiopatía, o si soy fumador. También me he realizado los exámenes clínicos que se me hubiesen solicitado, siendo veraz la información que he entregado. Las fotografías, placas radiológicas o películas que se me tomen serán para uso exclusivo de mi patología y no serán reveladas a terceros ajenos al tratamiento sin mi consentimiento.

Por otra parte, comprendo que, si se me presentase problemas con alguno de los tratamientos realizados en **CLINICA DENTAL IMPLANET CHILE**, deberé consultar primero en la institución para resolver el problema y pasar por una **contraloría clínica dirigida por el director técnico de cada centro**, de lo contrario, si asisto a otro centro en donde intervienen parte o la totalidad de los tratamientos realizados o iniciados **perderé las garantía y no existirán devoluciones de dinero.**

Declaro que el dentista me ha explicado las ventajas y desventajas de este tratamiento, las alternativas a este y las consecuencias de no realizarlo. Sé que tengo derecho a solicitar que se me vuelvan a explicar las partes de mi tratamiento que no tenga suficientemente claras. Además, he sido informado(a) de los honorarios involucrados en mi tratamiento y las condiciones del pago del mismo y estoy de acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Firma Profesional

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

**TELEFONO UNICO CLINICAS IMPLANET (DUDAS O CONSULTAS DE TRATAMIENTOS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES, ETC): +569 78114454**