

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARILLAS DENTALES DE RESINA

1. Las carillas dentales (en ocasiones llamadas fundas) son delgadas y hechas con material de resina del color del diente. Estas carillas se adhieren a la parte delantera de los dientes, cambiando su color, forma, tamaño y longitud.
2. El tratamiento de carillas para dientes delanteros requiere eliminar menos estructura dental que para una corona completa. Sin embargo, el proceso es irreversible porque una parte mínima del esmalte del diente debe ser eliminado para proveer el espacio adecuado para la resina.
3. La restauración de carilla requiere de una fase inicial de instalación. Posteriormente se realiza un control para definir detalles finales.
4. Permiten solucionar estéticamente dientes decolorados o manchados ya sea por tratamiento de endodoncia, manchas por medicamentos, exceso de flúor o presencia de restauraciones extensas de resinas que han machado el diente.
5. Permiten proteger dientes que se han desgastado o fracturado.
6. Permiten corregir posición de dientes mal alineados, que no están uniformes o que tienen una forma irregular, así como cerrar espacios entre dientes.
7. Entiendo que al preparar al diente para una carilla hay que eliminar parte del esmalte de la superficie del diente involucrado. Esta preparación puede irritar el tejido nervioso (llamada pulpa), dejando al diente sensible al calor, al frío o la presión. Los dientes sensibles pueden requerir tratamiento adicional, incluido el tratamiento de conducto o endodoncia.
8. Entiendo que las carillas de resina pueden ser reparadas si se fracturan o rompen.
9. Entiendo que las carillas de resina pueden no igualar exactamente el color de mis otros dientes.
10. Entiendo que las carillas de resina pueden desprenderse o caerse. Para disminuir el riesgo, no debo morder mis uñas, lápices u otros objetos duros. También el bruxismo puede causar que la carilla se desprenda.
11. Entiendo que la carilla va a quedar cerca de la línea de la encía, que es un área que tiende a la irritación, infección y/o deterioro.
12. Entiendo que necesito de controles periódicos y mantenciones de mis carillas (cada 6 meses). Además, de una buena higiene bucal y limpieza profesionales

Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto

NOMBRE PACIENTE: _____ R.U.T: _____

FIRMA PACIENTE: _____ FECHA: _____