**INFORMACIÓN PARA PACIENTES:
“DESTARTRAJE”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: [***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***](https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento)

**Objetivos del procedimiento:**

Eliminar el sarro acumulado sobre los dientes y por sobre el nivel de las encías permitiendo realizar una correcta técnica de higiene oral.

**Descripción del procedimiento:**

El Odontólogo utiliza un instrumento que vibra a alta velocidad y que es refrigerado con agua.

**Riesgos del procedimiento:**

1. Dolor en el caso de dientes con cuellos hipersensibles. En caso que este dolor sea intolerable, avísele a su Odontólogo.

2. Sangrado durante y/o después del procedimiento.

3. Puede sentir algunos dientes más móviles al finalizar el procedimiento.

4. Se ha advertido que el uso de artefactos eléctricos puede interferir en el funcionamiento de los marcapasos cardiacos. Si Usted tiene marcapasos avísele a su Odontólogo.

5. Avísele a su Odontólogo todas las enfermedades sistémicas que tiene y los medicamentos que consume.

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

No existen alternativas al procedimiento propuesto

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

Si no se elimina el sarro Usted no puede continuar ningún tratamiento periodontal y, dependiendo de la cantidad de sarro, es posible que tampoco pueda realizarse otros tratamientos dentales.

**Mecanismo para solicitar más información:**

Si necesita más información consulte a su Odontólogo o al Jefe de Servicio Dental

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.