



Teeth Whitening Disclosure and Consent Form

Client Information

Name: _____
Date of Birth: _____
Email Address: _____
Phone: _____

Procedure Description

Teeth whitening is a cosmetic procedure designed to lighten the color of your teeth. It is performed using whitening agents such as hydrogen peroxide or carbamide peroxide. Results vary based on the individual's natural tooth color, habits, and oral hygiene.

Potential Risks and Side Effects

By signing this form, you acknowledge and understand that:

1. Teeth whitening results may vary.
2. Sensitivity to hot or cold temperatures may occur after the procedure.
3. Whitening agents may cause temporary gum irritation.
4. Existing dental restorations, such as crowns, veneers, plaque and tartar will not respond to whitening treatments.
5. The procedure is not recommended for pregnant or breastfeeding individuals or for those under the age of 16 without parental consent.

Pre-Treatment Instructions

- Come to your appointment with your teeth brushed and flossed.
- Inform the provider of any existing dental conditions or allergies.
- Avoid consuming staining foods or drinks (e.g., coffee, tea, red wine) for 24–48 hours post-treatment.

Post-Treatment Care

- Follow the aftercare instructions provided by your whitening specialist.
- Use desensitizing products as recommended if sensitivity occurs.

Photo and Media Consent

I, _____, hereby grant permission to Pearly White Smile to take before-and-after photographs of my teeth for documentation purposes. I understand that these photos may be used for educational, marketing, and promotional purposes, including but not limited to social media platforms, websites, and other advertising materials. I acknowledge that my identity will remain confidential unless I provide explicit consent for my full face to appear.

- _____ I agree to the use of my photos as described above.
- _____ I do not agree to the use of my photos for any purpose.

Acknowledgment and Consent

I, _____, hereby acknowledge that I have read and understood the information provided above. I understand the potential risks and benefits of the teeth whitening procedure and agree to proceed at my own discretion. I release Pearly White Smile and its affiliates from any liability related to this treatment.

Signature: _____

Date: _____

Provider Information

Provider Name: Pearly White Smile

Signature: _____

Date: _____

Formulario de consentimiento y divulgación para blanqueamiento dental

Información del cliente

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Descripción del procedimiento

El blanqueamiento dental es un procedimiento cosmético diseñado para aclarar el color de los dientes. Se realiza con agentes blanqueadores como peróxido de hidrógeno o peróxido de carbamida. Los resultados varían según el color natural de los dientes, los hábitos y la higiene bucal de cada persona.

Potenciales riesgos y efectos secundarios

Al firmar este formulario, usted reconoce y comprende que:

1. Los resultados del blanqueamiento dental pueden variar.
2. Puede producirse sensibilidad a las temperaturas frías o calientes después del procedimiento.
3. Los agentes blanqueadores pueden causar irritación temporal de las encías.
4. Las restauraciones dentales existentes, como coronas, carillas, placa y sarro, no responderán a los tratamientos de blanqueamiento.
5. El procedimiento no se recomienda para personas embarazadas o en período de lactancia ni para menores de 16 años sin el consentimiento de los padres.

Instrucciones previas al tratamiento

- Venga a su cita con los dientes cepillados y con hilo dental.
- Informe al proveedor sobre cualquier condición dental o alergia existente.
- Evite consumir alimentos o bebidas que manchan (p. ej., café, té, vino tinto) durante 24 a 48 horas posteriores al tratamiento.

Cuidado posterior al tratamiento

- Siga las instrucciones de cuidado posteriores proporcionadas por su especialista en blanqueamiento.
- Use productos desensibilizadores según lo recomendado si se produce sensibilidad.

Consentimiento para fotografías y medios

Yo, _____, por la presente otorgo permiso a Pearly White Smile para tomar fotografías de antes y después de mis dientes con fines de documentación. Entiendo que estas fotografías pueden usarse con fines educativos, de marketing y promocionales, incluidos, entre otros, plataformas de redes sociales, sitios web y otros materiales publicitarios. Reconozco que mi identidad se mantendrá confidencial a menos que brinde consentimiento explícito para que aparezca mi rostro completo.

- _____ Acepto el uso de mis fotografías como se describe anteriormente.

- _____ No acepto el uso de mis fotografías para ningún propósito.

Reconocimiento y consentimiento

Yo, _____, reconozco por la presente que he leído y comprendido la información proporcionada anteriormente. Entiendo los posibles riesgos y beneficios del procedimiento de blanqueamiento dental y acepto proceder a mi propia discreción. Liberó a Pearly White Smile y sus afiliados de cualquier responsabilidad relacionada con este tratamiento.

Firma: _____

Fecha: _____

Información del proveedor

Nombre del proveedor: Pearly White Smile

Firma: _____

Fecha: _____