

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENDODONCIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....,

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Una endodoncia o tratamiento de conducto consiste en la apertura de un diente, limpieza, desinfección y relleno del interior del mismo. Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y compromiso infeccioso del diente. Entre una sesión y otra se deja una obturación provisoria para proteger el diente en tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento, será derivado a su tratante para el tratamiento restaurador. Esta rehabilitación o restauración definitiva es de exclusiva responsabilidad del paciente y es fundamental que sea realizada dentro del menor tiempo posible con el fin de sellar el tratamiento y asegurar el buen resultado. La única alternativa a este tratamiento de conductos es la extracción dentaria.

Posibles Complicaciones

1. Después de la atención y entre una sesión y otra pueden aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, entre otros, que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.
2. Debido al debilitamiento que sufre un diente bajo tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, compromiso infeccioso del hueso, calcificación de conductos, trizaduras dentarias u otras situaciones difíciles de prever, existe la probabilidad de algunos accidentes como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.
3. Ocasionalmente el diente puede requerir tratamientos adicionales, como procedimientos de cirugía bucal, pudiendo significar riesgos anexos, sin embargo siempre existe la oportunidad de decidir la continuidad del tratamiento.
4. Después de terminado el tratamiento puede producirse cambio de coloración del diente, lo que obliga a un tratamiento correctivo estético anexo.
5. Hay pacientes que responden de manera inesperada a la anestesia local: alergia, taquicardia, entre otros.
6. Si se le prescribe algún medicamento durante el tratamiento usted debe seguir exactamente las indicaciones de la prescripción, en cuanto a dosis, frecuencia y duración, incluso si los síntomas desaparecen. De lo contrario podría generarse una reagudización del cuadro clínico o generar alguna resistencia bacteriana.

3. DECLARO

Que se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar una endodoncia. Autorizo que se me realice el tratamiento de endodoncia respectivo, estando en total conocimiento de los riesgos y beneficios del tratamiento.

4. CONSENTO

En Los Andesde..... del 201.....

RUN. Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. Firma médico.....