

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO ENDODONCIA

Declaro que antes de formular mi consentimiento he sido informado de la naturaleza de la patología del diente a tratar.

Por el presente instrumento autorizo al Dr. (a) _____

Ha ejecutar el tratamiento de la condición descrita aquí _____

Tratamiento de conductos (endodoncia), diente #

El objetivo del tratamiento de conductos, es salvar un diente que de otra manera podría requerir una extracción. A pesar de que el tratamiento de conductos tiene un alto porcentaje de éxito (90% - 98%), como todo procedimiento dental, sus resultados no puede ser cien por ciento garantizados.

Este procedimiento no previene la aparición de una futura caries, una fractura coronaria o de enfermedad a las encías. Ocasionalmente un diente que ha recibido tratamiento de conductos puede necesitar, con posterioridad retratamiento, cirugía Endodóntica o extracción dentaria.

Cuando un diente ya ha recibido un tratamiento de conductos y debe ser retratado las posibilidades de éxito disminuyen.

El tratamiento de endodoncia es una parte del tratamiento integral del diente, posteriormente debe ser rehabilitado, con una obturación coronaria, corona o con protector radicular, lo que también influye en el buen pronóstico. El plazo para esta rehabilitación no debe ir más allá de un mes, posterior al alta de la endodoncia.

El valor de este procedimiento NO está incluido en el presupuesto de la endodoncia.

Como en todo procedimiento médico y dental, existen ciertos riesgos potenciales e inherentes a la acción misma. Declaro entender los siguientes riesgos potenciales debido al tratamiento que recibiré:

- Aumento del volumen facial.
- Sensibilidad.
- Dolor.
- Sensación de adormecimiento, cosquilleo en el labio, lengua, piso de la boca, encías, mejillas y dientes; sensación transitoria, pero en ocasiones poco frecuentes pueden ser permanentes.
- Complicaciones producto del uso de instrumental endodóntico: fractura de instrumento, perforación del Diente, de la raíz o sobreobstrucciones.
- El uso de antibióticos podría inhibir la efectividad de las pastillas anticonceptivas.

Se me ha dado la oportunidad de preguntar al Dr(a) _____ en relación a la naturaleza del tratamiento, los riesgos inherentes y las alternativas a este tratamiento que incluye no realizar tratamiento alguno.

Bajo mi firma, autorizo el procedimiento.

Dientes _____

Nombre Paciente _____

Rut: _____

Firma Paciente: _____

Pronóstico: _____

Fecha: _____