



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA (Tratamiento de Conducto)

La explicación del tratamiento, su objetivo, ventajas, complicaciones y alternativas de tratamiento ya fueron informados y dio su consentimiento verbal; pero el sistema legal hace necesario que usted lea este documento y firme. Le agradecemos su colaboración, cualquier duda, consulte.

Yo _____ D.N.I. _____
Domiciliado en _____ Declaro:
Se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar una endodoncia en una o más de mis piezas dentarias, con el siguiente diagnóstico

_____ y con el
respectivo pronóstico del tratamiento:
_____ Se me

ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la apertura de un diente, extracción del paquete vasculo-nervioso (pulpa o nervio) limpieza y 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, el diente requerirá una nueva obturación o una nueva corona, y su costo es independiente del tratamiento endodóntico. Esta rehabilitación o restauración definitiva es de mi exclusiva responsabilidad y es fundamental que sea realizada dentro del menor tiempo posible con el fin de sellar el tratamiento y asegurar el buen resultado. Se me ha explicado que la única alternativa a este tratamiento de conductos es la extracción dentaria.

Complicaciones: como toda asistencia individual y de salud se pueden presentar complicaciones; entre las que enumeramos las más comunes - 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, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos. - Debido al debilitamiento que sufre un diente bajo tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, compromiso infeccioso del hueso, calcificación de conductos, fracturas dentarias, existe un porcentaje de dientes que sufren accidentes como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias, estos accidentes modifican el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria. Ocasionalmente el diente puede requerir tratamientos adicionales, como procedimientos de cirugía bucal, que significan un costo y riesgos anexos.

Yo conozco que siempre tendré la oportunidad de decidir la continuidad del tratamiento.- Después de terminado el tratamiento puede producirse cambio de coloración del diente, lo

que obliga a un tratamiento correctivo estético anexo.- Hay pacientes que responden de manera inesperada a la anestesia local: alergia, taquicardia, etc.

He comprendido las explicaciones que el profesional tratante me brindo, y ha respondido todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

Tengo conciencia que por mis antecedentespuede modificarse el pronóstico del tratamiento

Yo me responsabilizo de seguir las indicaciones que el profesional solicita: Hasta que la anestesia haya desaparecido, debo ser cuidadoso, para así evitar un posible daño inadvertido a mi labio, lengua o mejilla que estarán insensibles por un par de horas. Evitar aplicar fuerzas desmedidas a la pieza en tratamiento (alimentos pegajosos), excesivamente duros o hábitos como comerse las uñas, morder lápices, hielo, etc.). Tomar la medicación indicada en tiempo y modo recetado.

Consiento que el profesional puede usar el caso clínico para actividades relacionadas con docencia, investigación y estadística, cuidando de preservar mi identidad.

Firma Profesional

Firma Paciente o Apoderado