

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (Tratamiento del Conducto Radicular)

1. Me han informado que necesito tratamiento endodontico. Yo entiendo que el propósito del tratamiento endodontico es una forma de salvar un diente/muela en vez de extraerla. Entiendo el beneficio del tratamiento endodontico en vez de la extracción de mi pieza dental y las consecuencias de rechazar el tratamiento endodontico.

2. Yo entiendo que el tratamiento endodontico elimina la causa de la infección de la pieza dental. Una vez que la causa sea eliminada, normalmente el tejido adyacente a la pieza sanaría. Si el cuerpo no sana el tejido infectado, la infección puede permanecer. En este caso se necesitaría cirugía profunda hasta la raíz de la pieza, o la pieza tuviera que ser extraída.

3. El tratamiento pudiera requerir varias visitas. Es muy importante mantener todas sus citas o la infección pudiera repetirse. Después de terminar el tratamiento endodontico, debo regresar a mi Dentista general para la restauración final de la pieza.

4. El tratamiento endodontico tiene un grado alto de éxito. Como cualquier otro tratamiento medico o dental, este tratamiento no tiene garantía de éxito por ningún tiempo específico. Ocasionalmente, la pieza que ha sido tratada con tratamiento endodontico pudiera necesitar volver a tratarse con endodoncia; cirugía profunda hasta la raíz, o extracción. Dientes/Muelas que han sido tratadas anteriormente con tratamiento de endodoncia que tienen que ser vuelto a tratar tienen un porcentaje menor de éxito.

5. Las complicaciones más comunes de un tratamiento endodontico no están exceptadas de:

A. La porcelana de una corona o puente existente se astille o fracture durante el tratamiento de canal.

B. Aunque no es muy común, se puede romper el instrumento que se usa o perforaciones (saliendo fuera del cuerpo interno de la pieza o del canal) del canal de la raíz pueden ocurrir con los instrumentos. Usualmente corregible, estas situaciones pudieran requerir tratamiento correctivo de cirugía adicional; pudiera ocurrir la pérdida de la pieza prematuramente; o pudiera requerir extracción de la pieza. Raramente, durante el proceso de llenar el canal de la raíz, una raíz pudiera dividirse (o partirse).

C. Molestia o dolor que pudiera durar desde unas horas hasta unos días después del tratamiento, el doctor le recetara la prescripción adecuada si es necesario.

D. Hinchazón postoperatoria en el área de la encía de la pieza tratada o hinchazón en la cara, que pudieran persistir unos días. Si la hinchazón persiste y no hay la curación, cirugía adicional o extracción de la pieza pudiera ser necesaria.

E. Dificultad en abrir la boca que pudiera durar unos días o más.

F. Fracturas de la raíz o de la pieza dental, durante o después del tratamiento. Siempre se recomienda en las piezas posteriores, cubrir la pieza tratada con una corona lo más pronto posible después de ser tratada con tratamiento endodontico. Yo entiendo que tengo que pedir cita lo más pronto posible con mi dentista general para finalizar el tratamiento de cubrir la pieza con una corona.

G. De vez en cuando ocurre desbordamiento del material que se usa para rellenar la raíz a la vez de remover el nervio (gutta percha). Este es el cemento que se usa para sellar permanentemente el (los) canales de la raíz de la pieza. En la mayoría de los casos este desbordamiento se reabsorbe gradualmente o se mantiene inactivo. Si esto ocurre, la curación de la pieza será monitoreada cuidadosamente.

6. Daño al nervio como consecuencia de la inyección dental pudiera ocurrir antes del tratamiento de endodoncia. Es raro, pero puede pasar. Esto le pudiera causar una sensación de “hormigueo” o “entumecimiento”. Aunque usualmente temporáneo, hay casos que pudiera permanecer permanentemente.

7. Las otras opciones de tratamiento incluyen: Ningún tratamiento, esperar a que tenga más síntomas definitivos, o extracción de la pieza dental. Los riesgos relacionados con estas opciones pueden incluir: dolor, infección, hinchazón, pérdida de la pieza, o infección a otras áreas.

8. No se ha ofrecido ni se puede ofrecer garantía o garantía de éxito en tratamientos endodonticos (Tratamiento del conducto radicular).

9. **Yo entiendo plenamente todas las declaraciones de este Formulario de Consentimiento. A la luz de esta información, yo le doy mi autorización al (Dr. Faustino Garcia / Dr. Oscar J Peguero) para proceder con mi tratamiento.**

Nombre del Paciente/Guardián escrito

Nombre del Testigo escrito

Firma del Paciente o Guardián

Firma del Testigo

Fecha: _____

Fecha: _____