

Información para el paciente y consentimiento para Cirugía Endodóntica (Cirugía Periapical)

Yo, _____, autorizo a mi doctor, **(Faustino D. Garcia, DMD / Oscar J. Peguero DMD)** y a su equipo de trabajo a realizar en mi persona o en a la de mi hijo/a _____ menor de edad el siguiente procedimiento: remover el tercio apical de la raíz del diente (o dientes) Número (s) _____ y a colocar una restauración (en el ápice) para sellar el conducto.

Entiendo que durante el procedimiento el Doctor podría descubrir alguna o algunas condiciones adicionales que requieren una cirugía más extensa o algún otro procedimiento adicional. Por lo tanto autorizo para que se realicen esos procedimientos adicionales en caso de que fueran necesarios una vez el juicio profesional indique los mismos. Eso podría incluir extracción de la pieza dental por tener una prognosis muy pobre.

Algunos riesgos del procedimiento incluye, pero no se limitan a:

1. Podría quedarse alguna porción de la raíz retenida en el hueso si la remoción de la misma necesitara una cirugía muy extensa o peligrosa. Muchas veces es mejor detener el procedimiento, antes de complicar la situación aún más.
2. Podría haber dolor, sangramiento (sangría o hemorragia), hinchazón y/o molestias que requieran descanso en el hogar para recuperación adecuada por un par de días.
3. Hematomas en los tejidos adyacentes o alrededor del área del procedimiento como la lengua, labios, mejillas.
4. Daño a dientes y/o tejidos adyacentes.
5. Adormecimiento (parestesia) a los labios, mejillas, encías, lengua, etc.
6. Infecciones
7. Fracturas de mandíbula, maxila o plato bucal
8. Perforación en el diente o del seno maxilar (cámara o espacio debajo de los pómulos) que requiera procedimientos adicionales para sepáralos.

9. Pérdida de restauraciones o rellenos dentales.

10. Inhalación o aspiración de algún instrumento o restauración suelta

11. Restricción de apertura de la boca a su máxima extensión por algunos días debido a hinchazón, de espasmos musculares, dolor o cualquier otra razón que estreche demasiado los músculos masticación o faciales.

Este procedimiento normalmente se hace con anestésicos locales los cuales son considerados altamente seguros. Sin embargo, en raras ocasiones pueden desarrollarse reacciones alérgicas, palpitaciones o reacciones poco comunes en algunos pacientes. De modo que podría haber reacciones adversa de la drogas tales como alergias, palpitaciones irregulares, mareo, nausea y vómitos. En caso de que se utilicen otras drogas como sedantes y/o tranquilizantes (ej. Valium, Halcion, ect.), otras reacciones podrían esperarse también.

Hago constar que he dado un historial medico los mas preciso posible, incluyendo diagnóstico de enfermedades presente y pasados, medicamentos y experiencias de reacciones de la misma si así fuera el caso.

También hago constar que soy responsable de cubrir los honorarios que correspondan si no tengo seguro dental y/o de los correspondientes deducibles si los hubiera.

Se me ha explicado que no hay garantías de que el procedimiento efectivamente va resolver 100% mi condición. No tengo dudas adicionales y entiendo que mi doctor (**Faustino D. Garcia, DMD / Oscar J. Peguero DMD**) me ha contestado las preguntas a mi entera satisfacción.

Por lo tanto autorizo al doctor (**Faustino D. Garcia, DMD / Oscar J. Peguero DMD**) el procedimiento arriba descrito.

Firma de Paciente (o encargado legal del menor)

Fecha

Firma de Doctor

Fecha

Firma del Testigo

Fecha