

Consentimiento Informado Tratamiento de Endodoncia (Root Canal)

Se me ha informado de mi condición _____
Requiriendo tratamiento de endodoncia (root canal) en l opinión de mi dentista. Yo estoy consciente de que la practica odontológica no es una ciencia exacta y no se me ha dado ninguna garantía sobre los resultados de este procedimiento.

Yo entiendo que un tratamiento alternativo puede ser (pero no limitado a) la extracción del diente afectado.

Yo entiendo que las consecuencias de no hacer nada pueden empeorar las condiciones actuales, crear infección, formarse un quiste, inflamación, dolor, perdida del diente y/ u otros problemas sistémicos.

Algunas complicaciones de un tratamiento endodoncia pueden ser, pero no limitado a:

- Falla del procedimiento necesitando re-tratamiento, cirugía de raíz o extracción
- Dolor post-operación, inflamación, magulladura y/o restricción para abrir la mandíbula que puede persistir por algunos días o varios
- Ruptura de un instrumento dentro de la canal durante el tratamiento, que puede dejarse ahí o requerir cirugía para removerlo por un especialista
- Perforación del canal con instrumentos que pueden requerir tratamiento quirúrgico adicional por un especialista o incluso la pérdida del diente
- Daño al seno maxilar o nervios resultando en adormecimiento, hormigueo del labio, mejilla, lengua u otras áreas que ser temporal o posiblemente permanente.

La finalización exitosa del tratamiento de endodoncia no previene de caries futura o fractura. Un diente que ha recibido tratamiento de endodoncia se torna más frágil y puede cambiar de color. En la mayoría de los casos se recomienda una corona completa después de la endodoncia para disminuir la posibilidad de fractura.

Yo entiendo el tratamiento recomendado, los riesgos de dicho tratamiento, las alternativas y riesgos de esas alternativas, incluyendo las consecuencias de no hacer nada. También se me explico de los costos que esto involucra y tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron respondidas a mi satisfacción.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Testigo: _____