

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
ENDODONCIA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su odontólogo tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su odontólogo, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse al procedimiento propuesto.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

El objetivo principal del tratamiento de endodoncia es el retiro del tejido pulpar inflamado o infectado y la posterior limpieza, desinfección y relleno de la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material inerte. Para esto se requiere aislar con goma dique el diente a tratar, por lo que pudiera ser que se requiera realizar un procedimiento adicional para poder colocar esta aislación que es una "Gingivectomía Unitaria". Una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una nueva restauración que será indicada por el Rehabilitador Oral y dependerá de la cantidad del tejido remanente en buen estado, que puede ser una restauración directa, Incrustación o Prótesis Fija. Esta NO está incluida en el presupuesto de endodoncia, debiéndose considerar de manera adicional a este tratamiento, la que será de su exclusiva responsabilidad y es fundamental que sea realizada en no más de dos semanas, con el fin asegurar el buen resultado.

**Dentro de las posibles complicaciones que se pueden presentar están:**

- El tratamiento de Endodoncia puede requerir la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. La administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento posterior. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente e inmediato.
- Debido al debilitamiento que sufre un diente bajo tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, compromiso infeccioso del sistema de conductos o del hueso, calcificación de conductos, fisuras dentarias u otras situaciones complejas de prever, existe un porcentaje de dientes que sufren accidentes intraoperatorios como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias o complicaciones endodónticas postoperatorias, lo que puede modificar el costo del tratamiento, el pronóstico del diente y la planificación inicial, pudiendo ser necesario la realización del retratamiento endodóntico o la extracción dentaria.

- Después de la atención pueden aparecer o aumentar síntomas como dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.
- Es posible que exista adicionalmente al proceso infeccioso o inflamatorio, un cuadro granulomatoso o quístico, que requiera la aplicación de otras técnicas terapéuticas.
- Entre una sesión y otra se deja una obturación provisoria para proteger el diente en tratamiento, la que puede desalojarse (por cualquier causa) y requerir acudir lo antes posible al centro para su reposición.
- A pesar de que se efectúe correctamente la técnica, es posible que no se logre el éxito del tratamiento, por lo que puede ser necesario acudir a un retratamiento o a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años.
- Es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria cambie de color y se oscurezca ligeramente o se debilite, por lo que es importante rehabilitar la pieza lo más pronto posible.

**Cuidados e instrucciones post operatorios:**

Hasta que la anestesia haya desaparecido, debe ser cuidadoso, para así evitar un posible daño inadvertido a su labio, lengua o mejilla que estarán insensibles por un par de horas.

Evitar aplicar fuerzas desmedidas a la pieza en tratamiento (alimentos duros, pegajosos como calugas y chicles o hábitos como comerse las uñas, morder lápices, hielo, etc.).

Si su tratamiento ha requerido algún medicamento (anti- inflamatorio y/o antibiótico), debe seguir exactamente las indicaciones de la prescripción en cuanto a dosis, frecuencia y días de ingesta incluso si todos los síntomas han desaparecido, especialmente si se trata de antibióticos, incluso si todos los síntomas han desaparecido. De lo contrario, la infección podría reagudizarse o bien crear una resistencia bacteriana al antibiótico.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el procedimiento de **Endodoncia** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciado el tratamiento, éste podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO DE ENDODONCIA** por el Dr.(a) \_\_\_\_\_ **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Obtención de Consentimiento	<b>FECHA</b> firma del consentimiento:	<b>HORA:</b>
	____ / ____ / ____	
Fecha de realización del Procedimiento		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)