

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CANAL DE RAÍZ)

Nombre del paciente: _____

Mi diagnóstico es: Irreversible sintomática Pulpitis Necrosis con absceso apical Caries pulpar Otro _____

Mi tratamiento planeado es: Tratamiento del conducto radicular Otro _____

Mi alternativas tratamiento es:

Por favor, inicial cada párrafo después de leer. Si tiene alguna pregunta, por favor consulte a su médico ANTES de iniciar la sesión.

Usted tiene el derecho de ser informado sobre su diagnóstico y tratamiento planeado para que pueda decidir si tiene un procedimiento o no después de conocer los riesgos y beneficios.

_____ 1. Mi médico ha explicado la siguiente información sobre la terapia del conducto radicular:

El tratamiento del conducto radicular es el procedimiento de limpieza del tejido enfermo o infectado desde el interior del diente seguido de la colocación de un sello en el conducto radicular. Usando un anestésico local, hay poca o ninguna molestia durante el procedimiento. La terapia del conducto radicular permite que el diente permanezca en la boca y contribuye a la dentición sana, funcional y funcional durante muchos años, si no toda la vida. La práctica de la endodoncia también incluye procedimientos tales como blanquear, inducir el cierre de la raíz enferma inmadura, el tratamiento de lesiones traumáticas y la fabricación de postes y acúmulos bajo coronas.

_____ 2. Mi médico ha explicado que existen alternativas al tratamiento del conducto radicular que incluyen:

- Extracción del diente. Si el diente se elimina y no se reemplaza, el espacio vacío creará problemas en la alineación de los dientes debido al desplazamiento de los dientes adyacentes. Esto puede resultar en enfermedad periodontal (goma) y más dientes podrían perderse como consecuencia. El diente que falta puede ser reemplazado por un puente o prótesis parcial, pero el costo de este tratamiento es más caro que el tratamiento del conducto radicular e implica el trabajo dental en los dientes adyacentes.
- Colocación del implante.
- Sin tratamiento. Esto a menudo resulta en dolor persistente o recurrente e infección en el diente afectado

_____ 3. Entiendo que hay riesgos asociados con el tratamiento propuesto, incluyendo:

- Posibilidad de perforación del diente o raíz del diente
- Daños a restauraciones existentes (rellenos)
- Diente partido o fracturado
- Separación de una parte de un instrumento que no se puede quitar de dentro del diente
- Dolor
- Hinchazón
- Infección
- Lesión al nervio que da sensación a la cara que podría resultar en dolor o una sensación de entumecimiento en mi barbilla, labios, mejillas, encías, dientes o lengua. También es posible perder mi sentido del gusto. Esto puede durar semanas o meses. Puede ser permanente, pero esto rara vez ocurre.

INFORMACIÓN PARA PACIENTES HEMBRA CON PÍLDORAS DE CONTROL DE NACIMIENTO

_____ 14. Le he dicho a mi médico que uso píldoras anticonceptivas. Mi médico me ha dicho que algunos antibióticos y otros medicamentos pueden reducir el efecto preventivo de las píldoras anticonceptivas, y yo podría concebir y quedar embarazada. Estoy de acuerdo en discutir con mi médico personal usando otras formas de control de la natalidad durante mi tratamiento y continuar con esos métodos hasta que mi médico personal diga que puedo detenerlos y usar sólo píldoras anticonceptivas orales.

No se me ha dado ninguna garantía o garantía de éxito para este tratamiento, y entiendo que cada paciente es diferente, por lo que es imposible predecir los resultados exactamente. Aunque se espera una mejoría, también entiendo que mi condición puede ser la misma, mejor o peor después del tratamiento y que el cuidado continuo puede ser necesario.

He proporcionado una declaración completa y exacta de mi historia médica y social. Entiendo que después del tratamiento del conducto radicular, por lo general es aconsejable tener el diente correctamente restaurado dentro de un tiempo razonablemente corto. Dependiendo de la situación, se deben seguir ciertas precauciones posteriores al tratamiento o instrucciones especiales (estas instrucciones serán dadas por separado por el médico o el personal). Entiendo que mi dentista no es un especialista en endodoncia, y puedo elegir ser referido a un especialista en endodoncia.

CONSENTIMIENTO

Entiendo que mi médico no puede prometer que todo será perfecto. Entiendo que el tratamiento mencionado anteriormente y otras formas de tratamiento o ningún tratamiento son opciones que tengo. He leído y entiendo lo anterior y doy mi consentimiento al tratamiento. He dado un historial médico completo y veraz, incluyendo todos los medicamentos, uso de drogas, embarazo, etc. Certifico que hablo, leo y escribo inglés. Todas mis preguntas han sido contestadas antes de firmar este formulario.

Firma del paciente (o tutor legal): _____ Fecha: _____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____