

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

Don/Doña

*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

De \_\_\_\_\_ años de edad, y D.N.!. N°

Con domicilio en

Don/Doña

*(Nombre y dos apellidos)*

De \_\_\_\_\_ años de edad, y D.N.!. N°

Con domicilio en

En calidad de

De

Don/Doña

*(Nombre y dos apellidos del paciente).*

### {DECLARO

Que el/la Doctor/a:

*(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)*

me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación, a la **ENDODONCIA** del diente/molar.

1.- El propósito principal de la intervención es la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado, o de un proceso granulomatoso.

2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica 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.

Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas.

También me ha explicado que 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 ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e , incluso, excepcionalmente, la muerte.

Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o alergia al agente anestésico, la anestesia puede provocar urticaria, dermatitis, asma, edema angioneurótico (asfixia), que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente.

3.- La intervención consiste en la eliminación del tejido enfermo y rellenar la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas

infecciosas, conservando, de esta manera el diente o molar.

4.- El/la facultativo/a me ha advertido que, a pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. A pesar de realizarse correctamente la técnica, es posible que no se consiga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una reendodoncia, ( como en el caso de que el relleno quede corto o largo) o una cirugía periapical.

El/la facultativo/a me ha advertido que existe una posibilidad que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente.

También sé que es frecuente que el diente/molar en que se realice la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

5.- El/la odontólogo/a/estomatólogo/a me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

y en tales condiciones:

## **CONSIENTO**

Que se me practique TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

En ( LUGAR) :

A fecha de :

Fdo. : El/la *Odontólogo/a/Estomatólogo/a*

Fdo. : El Paciente