

Consentimiento Informado: Tratamiento Endodóntico (Canal de Raíz)

Este es mi consentimiento para el Doctor en Near Me Dental

Me han dejado saber de mi condición: _____

que exige tratamiento endodóntico (canal de raíz), según la opinión de mi dentista. Tengo consciente que la práctica de la odontología y la cirugía dental no es una ciencia exacta, y no se ha hecho ninguna garantía tocante los resultados del procedimiento. Entiendo que un tratamiento alternativo podría ser, entre otros, la extracción del diente o los dientes involucrados.

Comprendo que las consecuencias de no hacer nada serían el empeoramiento de la condición, más infección, formación de quistes, hinchamiento, dolor, pérdida de un diente, y/o problemas con enfermedad sistémica.

Algunas complicaciones del tratamiento de canal de raíz pueden ser pero no se limitan a:

- Perforación del canal por instrumentos, lo cual podría exigir más tratamiento quirúrgico por un especialista, o que podría resultar en la pérdida de un diente.
- Después de la operación puede haber dolor, hinchamiento, moretones, y/o cierta rigidez de la mandíbula que pueden durar varios días o más.
- Fracaso del procedimiento, que exige otro tratamiento, cirugía en la raíz o extracción.
- Rotura de un instrumento dentro del canal, durante tratamiento, que podría exigir más tratamiento quirúrgico por un especialista para sacarlo.
- daño a los nervios que resulta en un entumecimiento, u hormigueo, temporal o posiblemente permanente, del labio, la barbilla, la lengua, u otras áreas.

La terminación exitosa de un procedimiento de canal de raíz no evita que formen caries en el futuro, o de fracturas. Un diente tratado con hacer un Canal en la Raíz llegará a ser más quebradizo y puede cambiar de color. En la mayoría de los casos, se recomienda una corona completa después del tratamiento para reducir las posibilidades de fractura.

Entiendo el tratamiento recomendado para mis condiciones, los riesgos de tal tratamiento y cualquier alternativas y riesgos, tal como las consecuencias de no hacer nada. Me han explicado todos los costos involucrados y me han contestado todas mis preguntas.

Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente:

Fecha:
