

Endodoncia

Consentimiento Informado



Yo, _____ de _____ años,
que resido en el domicilio de _____
por medio del presente documento hago constar lo siguiente:

- Que he acudido al consultorio Inspira Dental Group, donde he sido atendido/a por los odontólogos que me han informado de mis padecimientos.
- He sido informado/a que después de un diagnóstico odontológico, necesito recibir atención clínica endodóntica _____.
- Se me ha explicado de forma clara, la naturaleza de la enfermedad oral que padezco, así como el daño que ha causado; las opciones de tratamiento, los posibles riesgos del tratamiento y su pronóstico.
- Acepto la realización de toma de imágenes por medio de radiografías que sean necesarios para fines de completar un tratamiento exitoso.
- Me fueron expuestos los riesgos del uso de la anestesia local (posibles alergias, anestias prolongadas, daños tisulares por la punción).
- Entiendo que posterior o durante el tratamiento podría experimentar inflamación, dolor en el área, dificultad para masticar o abrir la boca, riesgo de infección.
- Estoy consciente que existe la posibilidad de que los instrumentos utilizados podrían tener fracturas debido a las pequeñas dimensiones de estos, o generar en los tejidos perforaciones, cortes, punciones, o lesiones; por lo que podría ser necesario el tratamiento de extracción. También se me ha explicado la toxicidad o accidente de algunos materiales que son necesarios para la desinfección de la zona.
- También se me ha informado, de que, a pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o enfermedad pulpar/periapical no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de unas semanas, meses o incluso años. Igualmente es posible que no se obtenga el relleno total de los conductos, por lo que también puede ser necesario proceder a una repetición del tratamiento, como en el caso de que el relleno quede corto o largo.
- Por otro lado, se me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente. Y se me ha indicado que es frecuente que el diente o molar en el que se ha realizado la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse.
- Se me ha informado que si dejo de asistir a las consultas posteriores cuando el tratamiento no ha finalizado se considerará ABANDONO DE TRATAMIENTO, por lo que no habrá ningún reembolso monetario. En su defecto si deseo seguir con el tratamiento estoy consciente que se tendrá que realizar desde el inicio cubriendo el presupuesto inicial.
- Una vez se haya finalizado el tratamiento se liquidará lo estipulado.

Extiendo mi confianza al profesional que realizará los procedimientos de endodoncia y con mi firma autorizo que sean realizados bajo mi consentimiento.

OBSERVACIONES

Fecha:

Nombre y firma doctor (a)

Nombre y firma del paciente