

ROOT CANAL TREATMENT/CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE CONDUCTO

_____ por este medio autorizo a
Nombre del paciente

_____ y a cualquiera de sus colegas
Nombre del médico

Para realizar el siguiente procedimiento: _____

El médico me ha explicado que el propósito de este procedimiento es conservar los dientes que, de otro modo, se tendrían que extraer. El médico me ha explicado el tratamiento y los resultados previstos. Entiendo que esta es una intervención quirúrgica programada y que existen tratamientos alternativos. Asimismo, me explicó los riesgos y ventajas de las alternativas. También entiendo que el tratamiento de conductos tiene mucho éxito, pero que el médico no garantiza un resultado perfecto.

El médico me explicó que existe la posibilidad de algunos riesgos en el procedimiento. Entre éstos se encuentran:

1. Imposibilidad de llenar el conducto de la raíz completamente debido a que el conducto está calcificado o tiene una curvatura no común. Esto puede necesitar intervención quirúrgica de endodoncia o la extracción del diente.

2. Se puede presentar una infección que puede continuar y hacer necesaria la realización de una intervención quirúrgica de endodoncia o una extracción.
3. Fractura o rotura de la raíz o parte de la corona durante o después del tratamiento.
4. Rotura imprevista de las limas o instrumentos dentro del sistema de conductos de la raíz que son imposibles de recuperar.
5. Perforación del diente durante el tratamiento.
6. Daño a las obturaciones, coronas o revestimientos de porcelana.
7. _____

Se pueden producir afecciones imprevistas que hagan necesario un procedimiento distinto al establecido anteriormente o una remisión a un especialista. Autorizo al médico y a cualquier colega para que realice dichos procedimientos cuando, según su criterio profesional, éstos sean necesarios.

Entiendo que los medicamentos y anestésicos administrados para este procedimiento pueden producir somnolencia y falta de conciencia y coordinación. Además, entiendo que los

medicamentos y anestésicos pueden producir reacciones imprevistas que podrían necesitar tratamiento farmacológico. También entiendo que no debo consumir alcohol ni otras drogas porque éstas pueden aumentar estos efectos. Se me recomendó no trabajar ni conducir vehículo u operar maquinaria hasta que me haya recuperado completamente de los efectos de los medicamentos.

No dude en consultar con el médico o el personal si tiene alguna pregunta.

Paciente, padres o tutor

Médico

Fecha

