

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS

YO ENTIENDO QUE EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Incluye algunos riesgos inherentes tales como, pero no limitados a lo siguiente: (Yo entiendo que no promesas o garantías se me han dado de los resultados o han sido sugeridos.

1. **El diente tratado puede quedar adolorido o ser doloroso** por un periodo de tiempo durante y después del tratamiento. Si el dolor es severo o se inflama es imperativo llamar a la oficina inmediatamente. Existe la posibilidad de una parálisis de lengua, labios, dientes, mandíbula y/o tejidos faciales lo cual puede ser causa de la administración de la anestesia o por el procedimiento. Esta parálisis es temporal pero raramente puede ser permanente.
2. **En algunos dientes el tratamiento de conductos no es suficiente.** Si los canales están calcificados y las raíces están excesivamente curvas o inaccesibles, la cámara pulpar inadvertente, la perforación de la raíz puede ocurrir, requiriendo enviar al paciente a un especialista. Si hay infección alrededor del diente y hueso la cicatrización se puede prolongar y será remitido a un especialista para tratamiento, la extracción o apicectomía podrían ser necesarios. En casos inusuales la hospitalización o antibióticos I.V. podrían ser necesarios para controlar la infección endodóntica.
3. **Los dientes con tratamiento de conductos debe ser protegido.** Durante y después del tratamiento, su diente tendrá un cemento temporal. Si se llega a caer por favor llamar a la oficina para reemplazarlo. Los dientes que tienen endodoncia se cristalizan y se pueden partir o fracturar. Lo mejor es hacer una corona para evitar una fractura y se debe hacer lo más pronto posible después de la endodoncia.
4. **El tratamiento de conductos no es exitoso siempre.** Muchos factores influyen en el éxito, adecuada técnica adherida y hueso de soporte; buena higiene oral antes y durante el tratamiento, buena salud, trauma preexistente en la raíz que cause fracturas, canales laterales y accesorios etc. Puede ser difícil hacer el relleno del ápice o en algunos casos sobrerrellenarlo lo que puede causar inflamación, daño al nervio, creando una parálisis temporal o permanente del labio. Cirugía puede ser requerida para remover el material de exceso o la infección residual. Aunque un diente aparente ser exitoso siempre existe la posibilidad de un fracaso al tener que hacer una apicectomía o extracción. La endodoncia en un diente con corona aumenta el chance de perforación debido a que la anatomía no es muy visible.
5. **Una corona puede ser destruida o dañada.** Al poner la tela de caucho y las grapas para preparar el acceso u otros procedimientos que hacen parte de la endodoncia. La porcelana es particularmente susceptible a fracturarse o romperse. Será necesario reemplazar la corona especialmente si es toda en porcelana.
6. **La fractura radicular es una de las causas del fracaso del tratamiento de conductos.** Desafortunadamente las fracturas son invisibles y casi indetectables. La causa de la fractura puede ser un trauma, inadecuada protección del diente, ruptura de la corona, cavidades u obturaciones muy grandes, fuerza excesiva, trauma oclusal, bruxismo, etc. Una fractura antes o después del tratamiento necesitara que el diente sea extraído.
7. **Hay tratamientos alternativos al tratamiento de conductos.** Esto incluye no tratamiento, extracción seguida de un puente, una removible y un implante con una corona.
8. **Por la fragilidad y pequeño diámetro de los instrumentos.** Existe la posibilidad de que el instrumento se rompa lo cual se puede o no detectar al tiempo del tratamiento. Quizás es posible pasar por un lado o incorporarlo al material de relleno, Al romperse el instrumento puede también requerir que el tratamiento de conductos se vuelva hacer, o un procedimiento quirúrgico para retirarlo e incluso la extracción.
9. **Medicamentos.** Analgésico y/o antibióticos podrían ser prescritos si fuera necesario y dependiendo de los síntomas y condiciones. Los medicamentos deben ser tomados de acuerdo a las instrucciones. Las mujeres que toman anticonceptivos deben saber que los antibióticos pueden inhibir los efectos del anticonceptivo. Otros métodos de anticonceptivos deben ser utilizados durante este tratamiento.
10. **Irrigantes.** Durante el tratamiento de conductos irrigantes son usados para remover el tejido y desinfectar el diente. Ocasionalmente estos pueden entrar en los tejidos o hueso y pueden causar dolor, inflamación y en raros casos necrosis de tejido.
11. **Citas Largas.** Se pueden hacer citas de larga duración para completar el tratamiento y los músculos y mandíbula pueden quedar adoloridos después del procedimiento. Un problema preexistente de la articulación se puede agravar durante el tratamiento de endodoncia por la duración en que la mandíbula está abierta.
12. **Una vez el tratamiento a empezado. Es absolutamente necesario que el tratamiento de la endodoncia sea completado.** Una o más citas pueden ser requeridas. Es la responsabilidad del paciente buscar atención de cualquier circunstancia que se presente. Además el paciente debe ser diligente siguiendo toda las instrucciones pre y posoperatorias dadas por el odontólogo o los miembros.

Información de Consentimiento Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y propósito del tratamiento de endodoncia y se me ha respondido satisfactorialmente. Se me ha dado la oportunidad de buscar este tratamiento de un especialista. Voluntariamente me hago responsable por cualquier y todos los posibles riesgos, incluyendo pero no limitados a los listados anteriormente, incluyendo daño substancial (si estos existen) que sean asociados con cualquiera de las etapas de este tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. No se me ha hecho ninguna promesa con respecto a mi recuperación o sobre los resultados que espero recibir y las he encontrado justas. Los costos por este servicio se me han explicado a mi satisfacción. Al firmar este documento, doy mi libre consentimiento para que el Dr. _____ y/o sus asociados me provean con los tratamientos necesarios y recomendables para mi condición dental, incluyendo prescripción y administración de anestésicos y/o medicamentos.

Nombre del paciente

Firma del paciente, Guardian legal o Representante Autorizado.

Fecha

Testigo

Fecha

(Rev. 7/09)