

INFORMACION Y CONSENTIMIENTO PARA UNA PULPOTOMIA O PULPECTOMIA DE
DIENTES PERMANENTES.

PULPOTOMIA es un tratamiento provisional hecho con la intencion de preservar temporalmente un diente vital sin remover la pulpa o nervio dental. Durante una pulpotomia el tejido es generalmente removido de la camara pulpar pero el tejido contenido en los canales radiculares se queda. En casos donde el diente no es vital el tejido es completamente removido del diente si es necesario. Esto es un PULPECTOMIA.

Yo entiendo que una PULPOTOMIA o PULPECTOMIA es hecha como una medida temporal en los casos mas inusuales en el intento de preservar el diente por un periodo de tiempo no determinado. Una pulpotomia o pulpectomia es generalmente hecha como un procedimiento de emergencia en anticipacion para un tratamiento de conductos que se ira a realizar mas tarde. No importa las circunstancias por las cuales la pulpotomia o pulpectomia es requerida, tal tratamiento puede incluir posible riesgos inherentes tales como pero no limitados a lo siguiente.

1. **Tratamiento de Conductos :** Aunque se anticipe que este tratamiento se pueda extender mas alla del tiempo que el diente permanezca vital en el caso de pulpotomia o asintomatico en el caso del pulpectomia hasta futuro procedimiento pueden ser exitosos realizados en un tiempo apropiado, podria ser necesario realizar el tratamiento de conductos completamente si asi lo indicara. Cuide de no demorar la finalizacion del tratamiento de conductos. El odontologo puede referir si fuera necesario a un especialista en tratamiento de conductos (Endodoncista).
2. **Paralisis :** Existe la posibilidad de una lesion a los nervios de la cara o tejidos de la cavidad oral durante la administracion de anestesicos o durante los procedimientos del tratamiento los cuales pueden causar paralisis del labio, lengua, tejidos de la boca y/o faciales. Esta paralisis es usualmente temporal pero podria ser permanente.
3. **Fractura:** Ya que la porcion de la corona del diente puede estar devilitada debido a la naturaleza del procedimiento y lo extensivo o a la lesion al diente y la enfermedad la cual necesitava de este procedimiento, el diente puede ser mas susceptible a romperse.
4. **Corona Temporal:** La estructura dentaria remanente parece ser excesivamente fragil, podria ser necesario usar una corona temporal para preservar el diente.
5. **Extraccion:** si el diente no sana o tiene una fractura extrema o si es imposible realizar el tratamiento de conductos la extraccion puede ser necesaria es ademas un tratamiento alternativo de una pulpotomia o una pulpectomia realizada.
6. **Dolor:** en la mayoría de los casos, una vez la pulpotomia o pulpectomia se ha realizado y el malestar ha pasado el diente no le duele mas. Sin embargo en algunos casos dolor severo o extrema sensibilidad persistira. Si asi es, el paciente es responsable de notificar al odontologo inmediatamente. En este momento el tratamiento de conductos o de extraccion necesitan ser realizados inmediatamente.
7. **Instrumentos Pequeños y Frágiles:** Los cuales pueden ser usados durante la pulpotomia o pulpectomia, existe la posibilidad de que se rompan lo cual puede o no ser detectado al tiempo del tratamiento. Aunque es posible pasar al lado o incorporar el instrumento roto al material de relleno, La ruptura del instrumento puede requerir procedimientos adicionales, retratar los conductos, recuperacion quirurgica o extraccion del diente.
8. **Medicamentos:** Analgesicos y/o antibioticos podrian ser necesarios dependiendo de los sintomas y/o tratamientos encontrados. Los medicamentos deben ser tomados de acuerdo a las instrucciones. El odontologo debe ser informado inmediatamente de cualquier reaccion inusual o empeoramiento de sintomas como dolor e inflamacion
9. **Yo entiendo que es mi responsabilidad: Buscar atencion si algun problema ocurre despues del tratamiento. Seguire diligentemente todas las instrucciones pre y postoperatorios**

Informe de Consentimiento: Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y proposito de tener una pulpectomia o pulpotomia y he recibido las respuestas a mi satisfaccion. Voluntariamente asumo todo los riesgos incluyendo el de recibir un dano substancial, el cual debe estar asociado con una fase de este tratamiento en espera de obtener los resultados deseados los cuales pueden o no ser alcanzados. No garantias o promesas se me han hecho con respecto a la recuperacion y resultado del tratamiento hecho. Los costos de este servicio se me han sido explicados a mi satisfaccion. Firmando esta forma yo doy mi consentimiento libremente y autorizo al Dr. _____ y/o cualquier asociado a rendir el tratamiento y/o necesario o aconsejable a mi condicion dental, incluyendo la administracion y/o prescripcion de anestesicos y medicamentos.

Nombre del paciente

Firma de paciente o representante legal

Fecha

Numero del diente

Firma del testigo

Fecha