



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRATAMIENTO DE ENDODONCIA

ENTIENDO que el TRATAMIENTO DE ENDODONCIA conlleva posibles riesgos tales como, pero sin limitarse a, los siguientes:

1. **Es posible que el diente permanezca adolorido e incluso en intenso dolor por un tiempo durante y después de completar el tratamiento.** Si el dolor es muy severo o si sufre de inflamación, por favor llame nuestra oficina inmediatamente
2. **En algunos dientes, la endodoncia puede no ser suficiente tratamiento.** Si los canales se encuentran bloqueados, excesivamente curveados, inaccesibles, si el canal en la encía ha sido descuidado o la raíz perforada, o se existe suficiente infección en el hueso alrededor del diente, es posible que se requiera de cirugía oral adicional, incluyendo apicoectomía(s), o incluso extracción del diente.
3. **Dientes tratados con la endodoncia pueden tornarse quebradizos e incluso partirse o fracturarse.** Aplicando una corona al diente es la mejor prevención para evitar que problemas como estos ocurran.
4. **Dientes tratados con la endodoncia deben ser protegidos.** Durante y después de recibir su tratamiento, el diente recibirá un relleno temporal (si este se aflojase o desprendiese, es necesario que se comunique con nosotros). Es recomendable que se le aplique una corona a su diente lo más pronto posible.
5. **El tratamiento de endodoncia no siempre es exitoso:** El éxito del tratamiento depende en muchos factores: retención de las encías y hueso adecuados, higiene oral, cuidado dental presente y pasado, salud general, ausencia de traumatismos, fracturas pre-existentes de la raíz que no hayan sido detectadas, etc. Aún cuando su diente aparente buenas condiciones después de recibir su tratamiento, existe la posibilidad de que la endodoncia no sea exitosa y sea necesario extraer el diente.
6. **Fractura de la raíz es una de las razones por las que la endodoncia no es exitosa.** Desafortunadamente, algunas veces las fracturas de la raíz son lo suficientemente delgadas como para no ser detectadas o casi invisibles. Algunas de las causas de tales fracturas son traumatismos, inadecuada protección dental, fractura del diente, rellenos demasiado grandes, mordida inadecuada, desgastamiento excesivo, rechinar de dientes habitual, etc. Fractura de la raíz después o antes de recibir el tratamiento usualmente requiere extracción del diente.
7. **Existen alternativas a la endodoncia.** Estas alternativas, aunque no muy recomendadas, incluyen: abstenerse de recibir tratamiento, extracción, extracción acompañada por un implante, y una corona individual.
8. **Debido a la fragilidad y al pequeño diámetro de los instrumentos utilizados durante la endodoncia,** existe la posibilidad de que estos instrumentos se rompan. En tal caso, puede ser necesario recibir cirugía o extracción del diente.
9. **UNA VEZ QUE SU TRATAMIENTO HAYA COMENZADO,** es absolutamente necesario que la endodoncia sea efectuada por completo. Esto puede requerir una o más visitas para completar el tratamiento. Es responsabilidad del paciente el recurrir a su médico en caso de problemas. Es también imprescindible que el paciente siga todas las indicaciones recomendadas para antes y después de recibir su tratamiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y propósito del tratamiento de endodoncia y se me ha respondido satisfactoriamente. Voluntariamente me hago responsable por cualquier riesgo, incluyendo daño substancial (si estos existen) que sean asociados con cualquiera de las etapas de este tratamiento. Los resultados esperados pueden o no obtenerse. No se me ha hecho ninguna promesa con respecto a mi recuperación o sobre los resultados que espero recibir. Se me ha informado de las cuotas que deberé pagar por los servicios recibidos y las he encontrado justas. Al firmar este documento, doy mi libre consentimiento para que el Doctors of Cascade Family Dental y/o sus asociados me provean con los tratamientos necesarios o recomendables para mi problema dental, incluyendo anestésicos y/o medicamentos.

Nombre del paciente (escriba en letra de molde)	Firma del paciente, guardian legal, o representante autorizado	Fecha
Numeros de los dientes	Testigo de firma	Fecha