

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ENDODONCIA O TRATAMIENTO DE CONDUCTO

Yo:

RUT:

Fecha:

Declaro:

- Se me ha informado de la necesidad y conveniencia de realizar una endodoncia.
- Se me ha explicado que una endodoncia consiste en la apertura de un diente, limpieza, desinfección y relleno del interior del mismo.
- Entiendo que el tratamiento se realiza con anestesia local en una, dos o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad, dolor e infección del diente.
- Entiendo que no debe pasar más de 1 mes entre las sesiones de tratamiento, de lo contrario debo asumir el costo de comenzar un tratamiento nuevo.
- Entre una sesión y otra se deja una restauración provisoria para proteger el diente.
- Una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá de una restauración definitiva de resina o de una incrustación o de una corona de porcelana, cuyo costo es independiente del tratamiento de conducto.
- Esta restauración definitiva es de mi exclusiva responsabilidad y debe ser realizada no más allá de 1 mes luego de terminada la endodoncia con el fin de sellar el tratamiento y asegurar el buen resultado, de lo contrario perderá su garantía y deberá repetir dicho tratamiento, lo que conlleva costos adicionales.
- Entiendo que la única alternativa al tratamiento de conducto es la exodoncia del diente.

Posibles Complicaciones:

1. Después de la atención y entre una sesión y otra, puede aparecer o aumentar el dolor, molestias e hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.
2. Dependiendo de lo debilitado o frágil que esté el diente, puede ocurrir que la o las raíces están fisuradas o fracturadas, lo cual es difícil de prevenir y diagnosticar . En este caso se debe realizar la extracción de la pieza dental.
3. Dependiendo de la complejidad del tratamiento, pueden ocurrir accidentes como paso de material más allá de la raíz, fractura de instrumentos, perforaciones dentarias, inyección de Hipoclorito de sodio (Desinfectante) al hueso, entre otras, lo que puede modificar la planificación inicial, el pronóstico del diente y el costo del tratamiento, pudiendo ser necesaria la extracción del diente.
4. Ocasionalmente el diente puede requerir tratamientos adicionales, como procedimientos de cirugía bucal, que significan un costo y riesgos anexos, sin embargo siempre tendré la oportunidad de decidir la continuidad del tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han entregado, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar las dudas que he planteado.

Comprendo los riesgos, beneficios y autorizo a que se me realice el tratamiento en el o los dientes número:

---

Firma Paciente o Apoderado