

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

Paciente.....(\*) Persona responsable.....

Edad..... Cédula de Identidad.....

Domicilio:.....

Ciudad.....Departamento.....

(\*) En caso que el/la paciente sea menor de edad o incapacidad para dar el consentimiento.

**Declaro que el/la Doctor/a que me atendió en la Clínica Dental \_\_\_\_\_**

**me ha explicado que he de realizarme el acto odontológico que se detalla:**

**Procedimiento a realizar (señalar el que corresponda):**

- Endodoncia de.....pieza(s) dental(es)

**Para satisfacción de los derechos del paciente a la información que dispone la Ley 18.335, DECLARO que se me han expuesto las diferentes posibilidades de tratamiento y riesgos inherentes, tal como se detalla en las páginas siguientes.**

**He podido hacer las preguntas que he considerado oportunas y las explicaciones que me han proporcionado, han sido en un lenguaje claro y sencillo, que me han aclarado las dudas que he planteado y me permiten comprender los beneficios, las ventajas, exigencias, riesgos terapéuticos y la duración aproximada del tratamiento.**

**También comprendo que en cualquier momento y sin ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto con la firma del presente documento.**

**POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes del tratamiento AUTORIZANDO la intervención bucal arriba indicada.**

**Por lo que se refiere a la ANESTESIA LOCAL o REGIONAL:** El tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local o regional. El propósito principal de la anestesia es interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. La inyección de anestesia puede provocar, localmente, ulceración de la mucosa y dolor y, menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de la tensión arterial y sensación de mareo. Aunque hasta la fecha no soy alérgico a la anestesia, esta puede provocar urticaria, dermatitis de contacto general, asma, shock anafiláctico, que pueden requerir tratamiento urgente.

- Se aplicará mediante inyección en la cavidad oral de las sustancias que provocan el bloqueo reversible de la conducción nerviosa, la sensibilidad y el dolor.
- El/la paciente notará una sensación de insensibilidad en la zona anestesiada que desaparecerá de forma espontánea, en dos o tres horas luego de terminar el procedimiento y tendrá especial cuidado de no morderse la zona que tiene dormida.

Evitará masticar hasta que presente una sensibilidad intacta para evitar lesiones en la mucosa de la cavidad oral.

- Alguna vez la aplicación de anestesia local puede provocar la aparición de úlceras en la mucosa oral localizadas en la zona anestesiada, dolor en la zona de inyección de la anestesia, limitación de la abertura bucal por contractura muscular y, menos habitualmente, alteraciones transitorias que pueden requerir un tratamiento posterior.
- Puede provocar alteraciones en la presión sanguínea y, raramente, un síncope o fibrilación ventricular con consecuencias graves, incluso la muerte.
- Puede provocar urticaria o reacciones alérgicas imprevisibles que pueden requerir un tratamiento urgente.
- El componente vasoconstrictor de la anestesia puede provocar, raramente, complicaciones cardíacas en pacientes con alteraciones de corazón, complicaciones que requieren un tratamiento urgente.
- El/la paciente declara que no ha tenido antecedentes de alergia a la anestesia local odontológica, y recibe medicación incompatible.

**Por lo que se refiere a la ENDODONCIA o TRATAMIENTO DE CONDUCTOS (quitar el nervio):** Consiste en la eliminación del tejido enfermo y rellenar la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso de las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar. A pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se elimine totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía periapical al cabo de algunas semanas, o incluso años. A pesar de realizarse correctamente la técnica, es posible que el relleno quede corto o largo. Es posible que después de la endodoncia (tratamiento de conductos) el diente/molar cambie de color y se oscurezca ligeramente. Es frecuente que el diente/molar en que se realice la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar ulteriormente coronas protésicas e insertar refuerzos intraradiculares. Puede haber dolor en los primeros días.

- La endodoncia de la(s) pieza(s) dental(es) indicada(s) es el tratamiento más adecuado para su conservación. Consiste en la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado (quitar el nervio) o el tratamiento de un proceso granulomatoso o quístico, y el relleno de la cavidad pulpar y los conductos radiculares con un material sellador que impide el paso a bacterias y toxinas infecciosas.
- Es posible que después del tratamiento endodóncico presente dolor cuando aprieta o note más la pieza(s) dental(es) tratada(s). Es una complicación que en muchos casos se resuelve sola en un plazo de tiempo relativamente corto.
- Es posible que realizando el tratamiento de forma completamente correcta, este falle o no se obtengan los resultados deseados. En estos casos puede ser necesario volver a realizar el tratamiento o necesitar cirugía periapical.
- Es probable esperar un cambio de color en la(s) pieza(s) endodonciada(s) y un oscurecimiento de la(s) misma(s).
- La(s) pieza(s) endodonciada(s) tiene(n) una tendencia mayor a padecer fracturas por el hecho de quedar con una menor estructura dental sana y ser más débil(es). Puede estar indicada la colocación de fundas o coronas protésicas de recubrimiento total o parcial.
- No muy a menudo, durante el tratamiento, se puede romper un instrumento dentro del conducto o ser aspirado, lo cual hará necesario eliminarlo mediante cirugía o por la intervención del médico especialista, mediante cirugía.

**IMPORTANCIA DE MIS ANTECEDENTES:** Sé que, si padezco de diabetes, hipertensión, cardiopatía, hemopatía, inmunodepresión, o me encuentro en tratamiento de quimioterapia o radioterapia, entre otras circunstancias, cualquiera aislada, o varias reunidas, pueden aumentar el riesgo de complicaciones.

Entiendo que, al finalizar el tratamiento, he de seguir escrupulosamente las instrucciones de higiene y de mantenimiento que me han explicado, así como la necesidad de visitar periódicamente al/la odontólogo/a, para poder detectar cualquier incidencia y tratar con mejor pronóstico cualquier complicación.

- He recibido las instrucciones personalizadas post intervención quirúrgica.
- He recibido las instrucciones de manejo y cuidado de la prótesis.

**CONSENTIMIENTO:** Por todo lo anterior, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos inherentes a los tratamientos que me van a realizar y consiento que se me practiquen los tratamientos odontológicos que necesito. Sé que en cualquier momento, puedo revocar el consentimiento que ahora manifiesto, sin expresión de causa.

**Firma del paciente o tutor.**

(Lugar) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Revocación:**

D/Dña.: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

**Revoco el consentimiento prestado en su día y no deseo proseguir el tratamiento, que doy aquí por finalizado.**

**(Lugar) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_**

**Aclaración de firma: \_\_\_\_\_**

.....