

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDODONCIA

(Tratamiento de Conducto)

(La explicación del tratamiento, su objetivo, ventajas, complicaciones y alternativas de tratamiento ya fueron informados y sólo su consentimiento verbal sería necesario. Sin embargo, nuestro sistema legal hace necesario que usted lea este documento y firme la última página. Le agradecemos su colaboración, cualquier duda, consúltenos)

Yo \_\_\_\_\_ Rut. \_\_\_\_\_ Domiciliado  
en \_\_\_\_\_

Declaro: Se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar una endodoncia en uno o más de mis dientes, con el o los siguiente diagnósticos:

\_\_\_\_\_ y con el  
respectivo pronóstico preliminar del  
tratamiento: \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que se me podría solicitar un examen imagenológico previo, durante o terminado el tratamiento, dependiendo de la complejidad y requerimiento del caso.

Se me ha explicado que si me ausento o pierdo mis citas de tratamiento, podría generarse un recargo por repetición de alguna acción clínica como medicación intraconducto u otro.

Se me ha explicado que una endodoncia (tratamiento de conducto) consiste en la apertura de un diente, limpieza y desinfección y relleno del interior del mismo. Se realiza generalmente con anestesia local en una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad y compromiso infeccioso del diente. Entre una sesión y otra se deja una obturación provisoria para proteger el diente en tratamiento. Se me ha explicado que posiblemente se me pida uno o más exámenes antes, durante o luego de finalizado el tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento, el diente requerirá una nueva obturación o una nueva corona, y su costo es independiente del tratamiento endodóntico. Esta rehabilitación o restauración definitiva es de mi exclusiva responsabilidad y es fundamental que sea realizada dentro del menor tiempo posible con el fin de sellar el tratamiento y asegurar el buen resultado. Se me ha explicado que la única alternativa a este tratamiento de conductos es la extracción dentaria.

### Posibles Complicaciones:

- 1.- Después de la atención y entre una sesión y otra pueden aparecer o aumentar síntomas del proceso infeccioso: aumento del dolor, hinchazón de la cara, etc. que generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.
- 2.- Debido al debilitamiento que sufre un diente bajo tratamiento de conducto, variaciones anatómicas, compromiso infeccioso del hueso, calcificación de conductos, trizaduras dentarias u otras situaciones complejas de preveer, existe un porcentaje de dientes que sufren accidentes como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias u otras lo que puede modificar el costo del tratamiento, el pronóstico del diente, y la planificación inicial pudiendo ser necesaria la extracción dentaria.
- 3.- 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.

4.- Después de terminado el tratamiento puede producirse cambio de coloración del diente, lo que obliga a un tratamiento correctivo estético anexo.

5.- Hay pacientes que responden de manera inesperada a la anestesia local: alergia, taquicardia, etc.

He comprendido claramente las explicaciones que se me han entregado, y el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las consultas para aclarar todas las dudas que le he planteado. Comprendo los riesgos y beneficios del tratamiento y en tales condiciones autorizo que se me realice el(los) tratamiento(s) de endodoncia respectivo(s).

**En caso de urgencia:**

Ante cualquiera de las complicaciones antes mencionadas o bien para otras consultas que no hayan sido respondidas en su cita, no dude en contactarnos. Si esto ocurriera fuera de los horarios habituales de consulta el número de teléfono de contacto es: +56452657443

**Cuidados e instrucciones post-operatorios:**

1.- Hasta que la anestesia haya desaparecido, debo ser cuidadoso, para así evitar un posible daño inadvertido a mi labio, lengua o mejilla que estarán insensibles por un par de horas.

2.- Evitar aplicar fuerzas desmedidas al diente en tratamiento (alimentos pegajosos (calugas), excesivamente duros o hábitos como comerse las uñas, morder lápices, hielo, etc.). 3.- Si mi tratamiento ha requerido algún medicamento (anti- inflamatorio y/o antibiótico), debo seguir exactamente las indicaciones de la prescripción en cuanto a dosis, frecuencia y días de ingesta incluso si todos los síntomas han desaparecido, especialmente si se trata de antibióticos, incluso si todos los síntomas han desaparecido. De lo contrario, la infección podría reagudizarse o bien crear una resistencia bacteriana al antibiótico.

4.- Entiendo que puedo solicitar que se me repitan las explicaciones sobre este tratamiento en todas las fases de mi asistencia, solo con solicitarlo.

---

Firma Profesional

---

Firma Paciente o Apoderado

(Este documento ha sido diseñado por la Sociedad de Endodoncia de Chile, con la colaboración del Dr. Patricio Carrasco T. Profesor de Odontología Legal)