CONSENTIMIENTO INFORMADON ENDODONCIA

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981 y las guías Prácticas para la Seguridad del Paciente. Ministerio de la Protección Social de 2010)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de Atención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con documento de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que en ejercicio legal de su profesión se me practique el procedimiento de endodoncia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o desobturación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en los dientes(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y adicional se me ha informado y explicado lo siguiente:

1. Que el objetivo principal del tratamiento de endodoncia es el retiro del tejido pulpar inflamado o infectado y la posterior limpieza, desinfección y relleno de la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso de bacterias y toxinas.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Que el tratamiento de endodoncia puede requerir la aplicación de anestesia local, cuyos riesgos pueden ser los siguientes: parestesia, inflamación por infiltración de vasos sanguíneos y hematomas entre otros. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Que en un procedimiento de endodoncia se puede presentar perforaciones de la pared radicular por la falta de visibilidad o por estructuras anatómicas dentarias especificas del paciente. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Que es factible que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se elimine totalmente o que no se logre la limpieza, desinfección y relleno óptimo de los conductos radiculares, por lo que puede ser necesario acudir a un retratamiento o a la cirugía Periapical al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Que es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria cambie de color y se oscurezca ligeramente o que se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizarle una corona y/o insertar refuerzos intrarradiculares (pernos núcleos o espigos). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Que se requiere una vez finalizado el tratamiento, una obturación definitiva. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Que en la desobturacion de los conductos se presenten facturas de limas o fresas dentro del conducto. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Que en la desobturacion de los conductos se presenten o sobre obturaciones o desobturaciones completas del conducto. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

He sido informado en forma clara a cerca de la naturaleza y propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsibles, consecuencias, se me han resuelto todas las dudas e interrogantes que he formulado, y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar a la ESE DEPARTAMENTAL SOLUCION SALUD , a sus empleados y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y a los riesgos o resultadosdesfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

**RECOMENDACIONES DURANTE Y/O DESPUES DE UN TRATAMIENTO DE CONDUCTOS**

* Nunca deje su diente sin obturación o calza o sin corona (ni antes, ni después del tratamiento), al dejar el diente destapado se contaminara de bacterias que hay en la saliva, causando caries exacerbaciones (como dolores),abscesos e inflamaciones.

**Si se llega a caer su obturación o calza o cemento o corona y el diente se encuentra expuesto al medio oral por favor realice lo siguiente.**

* Colóquese un algodón.
* No deje pasar más de 2 horas sin que se busque como colocarse una obturación, calza o cemento, acuda a atención odontológica.
* Si el diente se fractura NO es por el tratamiento de conductos si no por la caries tan extensa que dejo las paredes de los dientes muy débiles y de fácil fractura, si queda expuesto al medio oral acuda a consulta odontológica.
* El diente generalmente queda con un cemento temporal de color blanco el cual deberá ser reemplazado máximo a los 8 días por una obturación definitiva o corona de acuerdo a su caso, una vez su tratamiento de conductos culmine.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Paciente Nombre y Firma del Responsable

C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_ C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Odontólogo

C.C \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_