

ENDODONCIA DEL ESTE DE IDAHO
Práctica limitada a la endodoncia

BART B. MORRISON, DDS, MS
DOUGLAS P. SUTTON DDS

3335 S. Holmes Ave
Idaho, Falls ID 83404

1598 Delphic Way Ste C
Pocatello, ID 83201

VAL H. BINGHAM DDS, MS
JASON C. HYDE DDS, MS

1130 S. Highway 89
Jackson, WY 83001

CONSENTIMIENTO ENDODÓNTICO Y FORMULARIO DE INFORMACIÓN
Terapia de conducto radicular endodóntica, anestésicos y medicamentos

Nos gustaría que nuestros pacientes estén informados sobre los diversos procedimientos involucrados en la terapia de endodoncia y tengan su consentimiento antes de comenzar el tratamiento. La terapia de endodoncia (conducto radicular) se realiza con el fin de salvar un diente que de otra manera podría necesitar ser removido. Esto se logra mediante la terapia conservadora de conducto radicular o, cuando sea necesario, la cirugía endodóntica. A continuación se analizan los posibles riesgos que pueden ocurrir por el tratamiento endodóntico a pesar de que este tratamiento se considera el tratamiento de elección.

RIESGOS: Se incluyen (pero no se limitan a) las complicaciones resultantes del uso de instrumentos dentales, medicamentos, sedación, medicamentos, analgésicos (analgésicos), anestésicos e inyecciones. Estas complicaciones incluyen: hinchazón; sensibilidad; sangrado; dolor; infección; entumecimiento y sensación de hormigueo en el labio, labarbillas, las encías, las mejillas y los dientes, que es transitoria pero en ocasiones poco frecuentes, puede ser permanente; reacción a la inyección; cambios en la oclusión (mordida); calambres y espasmos musculares de la mandíbula; dificultad de la articulación temporomandibular (mandíbula); aflojamiento de los dientes; dolor referido al oído, cuello y cabeza; náuseas; vómitos; reacciones alérgicas; retraso en la curación; perforaciones sinusales; y fracaso del tratamiento.

RIESGOS MÁS ESPECÍFICOS DE LA TERAPIA ENDODÓNTICA: Los riesgos incluyen la posibilidad de instrumentos rotos dentro de los conductos radiculares; perforaciones (aberturas) de la corona o raíz del diente; daño a puentes, empastes existentes, coronas o carillas de porcelana; pérdida de la estructura dental al acceder a los canales; y dientes agrietados. Durante el tratamiento, se pueden descubrir complicaciones que hacen imposible el tratamiento o que pueden requerir cirugía dental. Estas complicaciones pueden incluir: canales bloqueados hasta el llenado o tratamiento previo, calcificaciones naturales; instrumentos rotos, raíces curvas, enfermedad periodontal (de las encías), divisiones o fracturas del diente.

MEDICAMENTOS: Los medicamentos y drogas recetados pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación (que pueden estar influenciadas por el uso de alcohol, tranquilizantes u otras drogas). No es recomendable operar ningún vehículo o dispositivo peligroso hasta que se recupere por sus efectos.

OTRAS OPCIONES DE TRATAMIENTO: Estos incluyen ningún tratamiento, esperando un desarrollo más definitivo de los síntomas y extracción de dientes. Los riesgos involucrados en estas elecciones pueden incluir dolor, infección, hinchazón, pérdida de dientes e infección en otras áreas.

CONSENTIMIENTO: Yo, el abajo firmante, siendo el paciente (o padre/tutor del paciente menor) doy su consentimiento para la realización de procedimientos decididos como necesarios o aconsejables en opinión del médico tratante. También entiendo que al completar la terapia de conducto radicular en esta oficina, regresaré a mi dentista general de la familia para una restauración permanente del diente involucrado, como una corona, una tapa, una incrustación o un relleno permanente.

Entiendo que el tratamiento de conducto radicular es un intento de salvar un diente que de otra manera podría requerir extracción. Aunque la terapia de conducto radicular tiene un alto grado de éxito, no se puede garantizar. Ocasionalmente, un diente que ha recibido terapia de conducto radicular puede requerir retratamiento, cirugía o incluso extracción. Entiendo que si surgen complicaciones, debo comunicarme con el médico tratante de esta oficina o con mi dentista de referencia.

FECHA DE IMPRESIÓN DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE (PADRE) ATESTIGUADA POR

Autorizo a Eastern Idaho Endodontics a compartir mi PHI (información personal de salud) con:

Nombre: _____

Signature _____ del paciente