



Consentimiento Informado para endodoncia

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: la endodoncia o tratamiento de nervio consiste en la eliminación del nervio, que es el tejido que se encuentra dentro del diente. Este tratamiento puede realizarse en una o en varias citas.

El procedimiento requiere que el odontólogo examine el diente y le tome una placa (radiografía) para ver si hay alteraciones que impidan eliminar el nervio. Si no se ven alteraciones, coloca anestesia para eliminar o disminuir la sensación de dolor y una protección de hule para que el diente este limpio y sin saliva. Posteriormente, hace una apertura en el diente para quitar el nervio y luego, rellena y sella el espacio interior del diente. Al final, en la mayoría de los casos, coloca una calza temporal para tapar la apertura, que después debe ser cambiada por una definitiva.

La anestesia se aplica de forma local, es decir, “se duerme” únicamente el área de la boca en la que se realiza el procedimiento. Esta se coloca mediante una inyección dentro de la boca.

Objetivo y beneficios esperables: aliviar o disminuir el dolor, prevenir una nueva inflamación o infección en el interior y en los tejidos alrededor del diente y, finalmente, evitar extraerlo.

Alternativas disponibles: de no optar por este tratamiento cuando el nervio se ha afectado, la última intervención posible es extraer el diente.

Consecuencias previsibles: durante los primeros días después del tratamiento, es posible que sensibilidad en el diente, sobre todo si antes había dolor o infección. En algunos casos, el diente puede no responder como se espera, lo que podría causar que el dolor persista. Si esto ocurre, podría ser necesario realizar un tratamiento adicional para resolver la situación.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos. En este caso se podría presentar: sensibilidad o cambios de color en el diente, fractura del diente o fractura dentro del diente del instrumento que usa el odontólogo. Asimismo, podría presentarse infección o inflamación de los tejidos alrededor del diente, por el paso del material de relleno más allá de la raíz.

Riesgos más graves: son menos frecuentes e incluyen: accidente con el hipoclorito, que es el líquido usado para desinfectar el diente, el cual puede generar inflamación o quemaduras en piel, labios o encías; perforaciones en el diente, que podría generar pérdida de este; así como reacciones alérgicas al hipoclorito, a los guantes o a la anestesia, que pueden incluso comprometer la vida. De presentarse cualquiera de estos casos, usted será atendido por el personal médico de la institución.

Riesgos por su condición de salud: el profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones o enfermedades que generen algún riesgo adicional para la intervención.



Información de interés: en caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento, con respecto a si desea continuar con el tratamiento o no. Aceptar realizar el tratamiento no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan. Durante el procedimiento o tratamiento se pueden utilizar diversos mecanismos, instrumentos o materiales (microscopio, instrumentos que rotan, entre otros), que pueden mejorar el tiempo y la calidad del tratamiento realizado.

Dudas planteadas por el paciente: el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga, en caso de ser necesario.

Observaciones:

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: declaro que toda la información que he proporcionado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse al procedimiento propuesto?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del representante	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha	Hora	
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que realiza la intervención	Fecha	Hora	

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

_____	_____	_____	_____
Nombre de la persona a la que se delega	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha



_____ Nombre del testigo 2	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
-------------------------------	-------------------------	-------------------------	----------------

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.

_____ Nombre del usuario o del representante	_____ Firma o huella	_____ Identificación	_____ Fecha
---	-------------------------	-------------------------	----------------