



**CONSENTIMIENTO INFORMADO EN TRATAMIENTO DE ENDODONCIA
(TRATAMIENTO DE CONDUCTO)**

Individualización del paciente.

En _____ de Chile, con fecha ____ del mes de ____ del año _____, yo _____, cédula de identidad número _____, domiciliado en _____, comuna _____, ciudad de _____. declaro libre y voluntariamente lo siguiente con motivo del tratamiento que voy a recibir:

Diagnóstico y tratamiento.

Primero. Se me ha informado sobre la necesidad y conveniencia de realizar un tratamiento endodóntico, con la siguiente hipótesis diagnóstica y su respectivo tratamiento:

a. Hipótesis diagnóstica: _____

Se me ha explicado que la hipótesis diagnóstica es el punto de partida en el proceso de diagnóstico odontológico. Entiendo que esta hipótesis es solo una suposición inicial, basada en la información disponible en el momento, y que podría modificarse a medida que se realicen más pruebas y se obtenga información adicional. Una vez establecida esta hipótesis, el profesional decidirá qué exámenes o procedimientos adicionales son necesarios para confirmarla o descartarla y así llegar a un diagnóstico definitivo, esto en virtud de que la hipótesis diagnóstica orienta el proceso de diagnóstico y tratamiento a seguir.

b. Tratamiento recomendado: _____

Se me ha explicado como paciente que el “tratamiento recomendado” se refiere a las medidas terapéuticas, procedimientos o intervenciones sugeridas por el cirujano dentista endodoncista para abordar una condición odontológica específica. Este tratamiento se fundamenta en el diagnóstico realizado, la evaluación de los síntomas del paciente, los resultados de pruebas pertinentes y cualquier otra información relevante disponible.

Segundo. Explicaciones previas al tratamiento. He sido informado de que el procedimiento de endodoncia, comúnmente conocido como tratamiento de conducto, consiste en la apertura del diente afectado, seguida de la limpieza, desinfección y relleno del interior del mismo. Este tratamiento se lleva a cabo generalmente bajo anestesia local, y puede requerir una o más sesiones de larga duración, dependiendo de la complejidad del caso y del grado de infección presente en el diente.

Durante el período entre sesiones, se realizará una obturación provisional para proteger el diente en tratamiento. Una vez finalizado el procedimiento de endodoncia, el diente requerirá una obturación definitiva o una corona, cuyo costo es independiente del tratamiento endodóntico. Entiendo que la responsabilidad de realizar esta rehabilitación o restauración definitiva recae exclusivamente en mí, y que es fundamental que sea completada a la mayor brevedad posible para sellar adecuadamente el tratamiento y asegurar un resultado favorable.

Alternativas de tratamiento.

Tercero. Además de la endodoncia, se me informó que existen algunas alternativas de tratamiento para abordar los problemas graves de los dientes afectados por caries profundas o infecciones en la pulpa dental. Las opciones dependen del estado del diente, la gravedad de la infección y la preferencia del paciente. Algunas alternativas incluyen:

1. **Extracción dental:** Si el diente está demasiado dañado para ser salvado con una endodoncia, la extracción es la alternativa más común. Esto implica la eliminación completa del diente afectado.
2. **Extracción seguida de la instalación de un implante dentario:** Tras la extracción del diente, se coloca un implante dental (un tornillo de titanio) en el hueso maxilar, que luego soporta una corona.
3. **Extracción seguida de un dispositivo protésico:** Después de la extracción, se instala este dispositivo, que consiste en una prótesis que se fija a los dientes adyacentes.
4. **Pulpotomía o pulpectomía parcial:** En casos donde la infección sea superficial puede recomendarse una pulpotomía o pulpectomía parcial (eliminación de parte de la pulpa dental). Este procedimiento consiste en la eliminación parcial de la pulpa dental y puede ser una opción temporal para aliviar el dolor y detener la propagación de la infección.
5. **Tratamientos con medicación dentro del diente:** En casos de infección rebelde, se puede optar por una sesión de medicación tópica o dentro del canal para controlar la infección.
6. **Apicectomía (Cirugía periapical):** Es una cirugía en la que se corta la punta de la raíz del diente (el ápice) y se elimina la infección circundante cuando la endodoncia tradicional no es efectiva.

Se me ha explicado que estas alternativas pueden variar en términos de procedimientos, riesgos y resultados esperados. Se me ha alentado a considerar estas opciones y discutir las antes de tomar una decisión informada sobre mi tratamiento dental. Entiendo que la elección del tratamiento adecuado dependerá de diversos factores, incluyendo la complejidad del caso, mi estado de salud general, revisión post tratamiento y mis expectativas de resultado.

Posibles complicaciones y riesgos del tratamiento de endodoncia.

Cuarto. Se me ha explicado y entiendo que el tratamiento de endodoncia propuesto tiene como objetivo salvar el diente afectado y eliminar la infección, preservando así la funcionalidad del diente. Se me ha informado detalladamente sobre los posibles riesgos asociados al tratamiento, los cuales pueden incluir, aunque no se limitan a:

1. Fracaso del tratamiento endodóntico, lo que podría llevar a la pérdida del diente.
2. Fractura o pérdida del diente debido a una no adecuada rehabilitación de la estructura remanente.

3. Reacciones adversas a la anestesia local, como alergias, taquicardias u otros efectos imprevistos.
4. Aparición o aumento de síntomas del proceso infeccioso entre sesiones, como aumento del dolor o hinchazón facial, los cuales generalmente se alivian con analgésicos, antiinflamatorios y/o antibióticos.
5. Accidentes durante el tratamiento, como fractura de instrumentos, paso de material más allá de la raíz, perforaciones dentarias, fracturas dentarias, proyección de agente irrigante más allá del ápice, lo que podría afectar el costo del tratamiento, el pronóstico del diente y la planificación inicial, siendo necesaria incluso la extracción del diente en algunos casos.
6. La posibilidad de que el diente requiera tratamientos adicionales, como procedimientos de cirugía bucal, que implican costos y riesgos adicionales. No obstante, siempre tendré la oportunidad de decidir sobre la continuidad del tratamiento.

Entiendo que, aunque estos riesgos son poco frecuentes, es importante estar consciente de ellos antes de proceder con el tratamiento propuesto. Se me ha alentado a discutir cualquier preocupación o pregunta adicional que pueda tener sobre los riesgos potenciales con el cirujano dentista especialistas tratante antes de dar mi consentimiento para el tratamiento.

Pronostico esperable.

Cuarto. Se me explicó y comprendo que los resultados del tratamiento pueden variar de persona a persona y que pueden requerirse sesiones adicionales para alcanzar el resultado deseado. Además, entiendo que después del tratamiento endodóntico, eventualmente será necesario realizar una rehabilitación del diente, que puede incluir una obturación definitiva o una corona, cuyo costo es independiente del tratamiento endodóntico.

Quinto. Se me ha proporcionado información sobre el pronóstico esperado del tratamiento propuesto. Basado en la evaluación inicial de mi condición y en los resultados anticipados del tratamiento, se espera que (INCORPORAR EL PRONOSTICO ESPERABLE DEL TRATAMIENTO)_____. Sin embargo, es importante comprender que los resultados individuales pueden variar y que el pronóstico final dependerá de varios factores, incluyendo la respuesta de mi cuerpo al tratamiento y el cumplimiento de las recomendaciones posteriores al tratamiento.

Sexto. Comprendo que la práctica de la endodoncia no es una ciencia exacta, y que los resultados pueden variar según varios factores, incluida la respuesta individual de mi cuerpo al tratamiento.

Séptimo. Entiendo que el profesional a cargo del tratamiento endodóntico seguirá los procedimientos estándar de seguridad y calidad, pero que no puede garantizar resultados específicos.

Octavo. Se me ha explicado que el tratamiento se realizará bajo condiciones de higiene y seguridad adecuadas, y que se utilizarán productos y equipos aprobados por las autoridades sanitarias correspondientes.

Noveno. Se me ha proporcionado información sobre el proceso postoperatorio previsible después del tratamiento de endodoncia. Se espera que durante el período de recuperación pueda experimentar:

1. Sensibilidad en la zona tratada.
2. Inflamación o leve incomodidad.
3. Necesidad de cuidados adicionales para evitar una reinfección.

Se me ha aconsejado seguir las instrucciones proporcionadas por el cirujano dentista especialista tratante para ayudar a minimizar el malestar y facilitar una recuperación exitosa. Se me ha alentado a comunicar cualquier síntoma inesperado o preocupación durante este período y a buscar atención médica adicional si es necesario.

Declaraciones e información del paciente.

Décimo. Declaro que mis antecedentes médicos relevantes son los siguientes:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

Además, reconozco y acepto que es mi responsabilidad exclusiva informar al profesional tratante sobre cualquier antecedente médico relevante, incluyendo condiciones de salud preexistentes, alergias, medicamentos que estoy tomando y cualquier otro dato importante que pueda influir en el tratamiento para el cual doy mi consentimiento. Entiendo que el profesional tratante no puede ser responsable de cualquier complicación o efecto adverso relacionado con el tratamiento que pueda surgir debido a la omisión de información relevante de mi parte. Por lo tanto, libero de cualquier responsabilidad al profesional tratante en relación con los antecedentes médicos no informados que puedan afectar el tratamiento.

Décimo primero. Autorizo al cirujano dentista, especialista en endodoncia, Dr./Dra. _____, a realizar el tratamiento de endodoncia propuesto en la fecha, hora y lugar ya acordados, y entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Décimo segundo. Declaro que soy el representante legal de _____, cédula de identidad número _____, quien, por ser menor de edad, no puede prestar su propio consentimiento para el tratamiento. En mi calidad de representante, doy mi consentimiento libre, expreso e informado para que el cirujano dentista, especialista en endodoncia, Dr./Dra. _____, realice el tratamiento de endodoncia propuesto en el menor mencionado. Entiendo y acepto que se me ha explicado detalladamente el procedimiento, los riesgos, las alternativas y el pronóstico esperado, y me comprometo a seguir las recomendaciones y cuidados necesarios durante y después del tratamiento.

Firma del representante legal: _____

Nombre completo: _____

RUT: _____

Fecha: _____

Décimo tercero. Declaro que se me ha proporcionado un número de teléfono y/o correo electrónico de contacto para comunicarme con el cirujano dentista tratante en caso de dudas, consultas o cualquier eventualidad que surja antes, durante o después del tratamiento. Entiendo que puedo utilizar este medio para solicitar aclaraciones adicionales o asistencia en relación con el tratamiento de endodoncia propuesto.



Número de contacto del endodoncista tratante: _____

Correo electrónico del endodoncista tratante: _____

Décimo cuarto. Declaro que el tiempo estimado para completar el tratamiento de endodoncia ha sido informado como _____. Entiendo que este tiempo puede variar dependiendo de la complejidad del tratamiento y la evolución de mi condición.

Décimo quinto. Declaro que se me ha informado que el tratamiento endodóntico será realizado en las instalaciones de _____ (Clínica o consultorio), ubicado en _____, en condiciones de seguridad e higiene adecuadas para el procedimiento.

Décimo sexto. El endodoncista tratante ha programado controles posteriores para asegurar el éxito del tratamiento y el adecuado proceso de recuperación. Los controles están programados para las siguientes fechas:

Primer control: _____

Segundo control: _____

Control adicional (si se requiere): _____

Entiendo que es fundamental asistir a estos controles para evaluar el progreso del tratamiento y resolver cualquier complicación que pueda surgir.

Décimo séptimo. He formulado todas las preguntas que he considerado pertinentes y todas mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

A su vez se me ha proporcionado información oportuna y comprensible sobre el tratamiento de endodoncia propuesto. El cirujano dentista tratante ha dedicado el tiempo necesario para explicarme detalladamente los procedimientos, riesgos, alternativas y pronóstico relacionados con el tratamiento. Se me ha animado a plantear cualquier pregunta o inquietud que pueda surgir durante el proceso de información, y todas mis dudas han sido aclaradas de manera satisfactoria. Entiendo la importancia de estar plenamente informado antes de tomar decisiones sobre mi salud dental y aprecio el enfoque claro y comprensible utilizado para proporcionarme esta información.

Por tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida y doy mi consentimiento de forma libre, expresa e informada para que se realice el tratamiento propuesto.

Firma del paciente: _____

Nombre completo: _____

RUT: _____

Fecha: _____