



Consentimiento para Tratamiento - Canal de Raíz

Este formulario puede ser llenado en una computadora, imprimida, y entonces firmar a mano.

Legal Primer Nombre

Legal Segundo Nombre / Inicial

Apellido Legal

La Fecha de Hoy

**POR FAVOR INICIAL CADA PÁRRAFO DESPUÉS DE LECTURA.
SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR PREGUNTE A SU MÉDICO ANTES DE INICIALES.**

1. TASA de EXITO

Diente # _____

Tratamiento de conducto (terapia de endodoncia) tiene una tasa de éxito del 95%. Muchos factores afectan el éxito del tratamiento: su salud en general, el estado del nervio y el canal(s) de la raíz, el apoyo del hueso alrededor del diente, la fuerza del diente (líneas de fractura), etc.

2. LA FINALIZACION del TRATAMIENTO

Endodoncias a veces se completa en una sola cita o puede tomar varias citas. Si el tratamiento se extiende por varias citas, tendrá un relleno temporal que se colocara sobre el diente para proteger los orificios del canal. Si el relleno se cae, por favor llame a la oficina lo antes posible para que podamos reemplazarlo. Una vez que se inicia el tratamiento, es absolutamente necesario que se complete el tratamiento lo mas pronto posible y el paciente debe seguir diligentemente cualquier y todas las instrucciones.

3. SENSIBILIDAD

Al igual que con los rellenos, un diente con el tratamiendo de endodoncia puede ser sensible tanto durante como después del tratamiento final. Por lo general, esta sensibilidad desaparece en una semana o dos. Si no se desvanecen o parece empeorar, por favor llame a la oficina lo antes posible.

4. CORONA SE NECESITA

Una corona se suele recomendar para cualquier diente que tiene un tratamiento de conducto. Esto se debe a que losdientes con el tratamiento de endodoncia ya no tienen un suministro de sangre y se vuelven más frágiles. Esto es comun especialmente en la area mascar del diente/s - los molares y premolares. Una corona va por encima del diente con el tratamiento de endodoncia para fortalecerla y protegerla de roturas, así como el sellado de los canales y evitar infecciones adicionales.

5. CAUSA de FRACTURA

Una de las principales razones que el tratamiento de conducto (edodoncia) falla, es debido a la rotura o fractura del diente. Un diente fracturado (especialmente una fractura vertical) puede requerir la extracción del diente. Una de las mejores maneras de prevenir la fractura de un diente con el tratamiento de conducto es tener una corona puesta sobre el diente inmediatamente después para fortalecerlo. Otras causas de fractura incluyen: rechinar dientes, mordida incorrecta, trauma, etc. Estas fracturas pueden ocurrir ya sea antes o después de que el canal de la raíz.

6. CUIDADO ADECUADO

Apesar de que el diente tratado ya no tienen nervios, todavía puede decaer y causar caries. Es importante cuidar de un diente tratado (endodoncia) del mismo modo que cualquier otro diente: A través de una buena atención en el hogar, una dieta adecuada y chequeos dentales regulares.

7. TRATAMIENTO ADICIONAL

Puede ser necesario un tratamiento adicional. En ocasiones, el tratamiento del conducto radicular de canales que son muy estrechas, curvadas o calcificada pueden requerir la atención de especialistas. Además, los instrumentos utilizados para tratar el diente puede llegar a ser separados en el canal y esto puede requerir atención especializada también.

Tenga en Cuenta: Dinero pagado por el tratamiento y los servicios ya prestados no pueden ser reembolsados o intercambiados por trabajo adicional. Si alguna complicación surge durante el tratamiento , el Dr. Tan reserva el derecho de referir al paciente a un especialista y gastos por la atención especializada , será completamente responsabilidad del paciente.

El propósito del tratamiento de conducto se ha explicado a mí, y yo hemos tenido la oportunidad de tener a mis preguntas. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y el éxito con tratamientos de conducto no se puede garantizar. Teniendo en cuenta la información anterior, autorizo al médico y / o dichos asociados y asistentes según sea necesario para hacer el tratamiento necesario y / o conveniente a mi condición dental incluyendo cualquiera y todos los anestésicos y / o medicamentos.

De Firma del Paciente o Tutor (Por favor firmar con pluma)

La Fecha de Hoy

Firma del Testigo

La Fecha de Hoy