

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS

CHC CLÍNICA DENTAL

Dirección: Carrer de la Foneria 24, 08038, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: MMOHAMED MARSO

Fecha de Nacimiento: 13/01/1965

DNI/Pasaporte: X3602273J

Procedimiento Planificado:

Fecha del Procedimiento:

Nombre del Contacto de Emergencia:

Teléfono del Contacto de Emergencia:

Nombre del Doctor Responsable:

1. INTRODUCCIÓN

Este documento constituye un consentimiento informado para tratamientos endodónticos, incluyendo tratamientos de conducto y retratamientos. Su finalidad es proporcionar información clara sobre el procedimiento, sus beneficios, riesgos y alternativas.

Al firmarlo, usted reconoce que ha recibido toda la información necesaria, ha resuelto sus dudas y da su consentimiento informado. Si el paciente es menor o no puede otorgar consentimiento legal, deberá firmar su representante legal.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El tratamiento endodóntico busca eliminar infecciones en la pulpa dental mediante limpieza, desinfección y sellado del sistema de conductos.

Procedimientos posibles:

- Tratamiento de conducto
- Retratamiento endodóntico
- Apicectomía

Todos se realizan bajo anestesia local y podrían requerir varias sesiones según el caso.

3. RIESGOS Y COMPLICACIONES POTENCIALES

Aunque es un tratamiento seguro y predecible, existen riesgos como:

- Dolor o inflamación posterior
- Fractura de la pieza tratada
- Persistencia de la infección
- Perforaciones o fractura de instrumentos
- Necesidad de retratamiento o extracción

Seguir las indicaciones postoperatorias es clave para minimizar riesgos.

4. OPCIONES DE TRATAMIENTO ALTERNATIVAS

- **Extracción dental:** en casos graves
- **Terapia antibiótica:** temporal, no definitiva
- **No tratar:** con riesgo de agravamiento, abscesos o infecciones sistémicas

Consulte todas las opciones con su odontólogo antes de decidir.

5. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Para un buen resultado, se recomienda:

- Tomar la medicación recetada
- No masticar con la pieza tratada hasta su restauración
- Mantener higiene oral estricta
- Asistir a los controles
- Informar si hay dolor intenso o síntomas inusuales

No seguir estas indicaciones puede comprometer el éxito del tratamiento.

6. DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

(rellenar si el paciente es menor o necesita representante legal)

Nombre del Representante Legal:

Parentesco con el Paciente:

Firma: _____

Fecha: 01/07/2025

Firma del Doctor Responsable

Nombre Completo:

Firma: _____

Fecha: 01/07/2025

Este documento constituye un acuerdo legalmente vinculante entre el paciente y CHC Clínica Dental. Se recomienda conservar una copia del mismo.