

# 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.