

## **Consentimiento Para Endodoncia** (Endodontic Treatment Consent)

Yo, \_\_\_\_\_, le doy permiso a ser tratamiento endodoncia para mi (o mi niño(a) si es menor. Entiendo el problema y la razón que este tratamiento es recomendado. Tratamiento alternativo y no tener tratamiento me lo han explicado. Entiendo las complicaciones si no completo el tratamiento si ya lo han empezado.

Entiendo que durante o después del tratamiento hay posibilidad de: dolor, hinchazón, infección, granos, lastimando o molestando la goma, perder hueso o dientes flojos por razón de infección. Separación de instrumentos (afilares) entre el canal del diente, canales calcificados que no pueden hacer endodoncia en toda la raíz, quebrar la corona o raíz (con instrumentos o condición que ya tenía) y/o reacciones alérgicas con el material o medicina.

Entiendo que endodoncia no es 100 por ciento y que endodoncia al mejorar necesitara repetirse y/o cirugía menor. Entiendo que completando el tratamiento necesitare mas citas.

Entiendo que después de endodoncia restauración es necesario. Entiendo que endodoncia salvara el diente, también cambiara color, ponerse débil, y mas fácil a fracturar. Por eso, el diente al mejorar necesitara corona después.

Yo certifico y entiendo completamente y autorizo tratamiento de endodoncia. Me han dado oportunidad de preguntar preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Yo se que la práctica de dentista y endodoncia no es ciencia exacta y reconozco que no hay garantía a resalvar este tratamiento que autorizo.

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente or guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
#Diente