

.Tratamiento de Canal

First Name - Patient

Last Name - Patient

Patient Date of Birth

Dentista: Dra. Lago



Consentimiento para el Tratamiento de Canal radicular (Nervio Dental)

Dientes

Precio

El médico me ha explicado que el objetivo de este procedimiento es retener los dientes que de otro modo tendrían que extraerse. El médico me explicó el tratamiento y los resultados anticipados del tratamiento. Entiendo que este es un procedimiento electivo y que existen tratamientos alternativos, y el médico explicó los riesgos y beneficios de las alternativas. También entiendo que la terapia de conducto tenga una tasa de éxito muy alta, pero el médico no ha garantizado ni garantizará un resultado perfecto. El médico me explicó que existen ciertos riesgos potenciales en el procedimiento. Éstas incluyen:

1. Incapacidad para llenar completamente el conducto radicular porque el canal está calcificado o tiene una curvatura única u otro motivo (esto puede requerir cirugía endodóntica o extracción del diente)
2. Infección que puede ocurrir y puede continuar, requiriendo más cirugía o extracción del diente
3. Fractura o rotura de la raíz o porción de la corona durante o después del tratamiento
4. Rotura inadvertida de limas o instrumentos dentro del sistema de conductos radiculares que no se pueden recuperar
5. Perforación del diente o la raíz del diente durante el tratamiento
6. Daño a empastes existentes, coronas o carillas de porcelana
7. Como resultado de la inyección o el uso de anestesia, a veces puede haber hinchazón, sensibilidad en los músculos de la mandíbula o incluso un entumecimiento temporal o permanente resultante de la lengua, los labios, los dientes, las mandíbulas y / o los tejidos faciales

Pueden surgir situaciones imprevistas que requieran un procedimiento diferente al establecido anteriormente, un tratamiento nuevo, o podría ser Remitido a un especialista para recibir tratamiento adicional. Autorizo al médico y a todos los asociados a realizar dichos procedimientos cuando, a su juicio profesional, los procedimientos sean necesarios, después de analizar las opciones conmigo y obtener mi consentimiento verbal.

Entiendo que los medicamentos, anestésicos y recetas que se toman para este procedimiento pueden causar somnolencia y falta de conciencia y coordinación. Además, entiendo que las drogas y los anestésicos pueden causar reacciones imprevistas, que pueden requerir tratamiento médico.

Entiendo que soy responsable de terminar el tratamiento de canal, relleno y ponerle una corona al diente para evitar que se fracture, El Dentista no se hace responsable si yo no coopero con el tratamiento y no sigo todas las indicaciones recibidas.

Consentimiento informado: Aceptó voluntariamente todos los riesgos posibles, incluido el riesgo de daño sustancial, si corresponde, que pueda estar asociado con cualquier fase de este tratamiento con la esperanza de obtener el resultado deseado. Al firmar este documento, autorizo al Dr. Lago a realizar Root Canals en mis dientes y, además, autorizo al Dr. Lago y / oa sus asociados a prestar los servicios que se consideren necesarios o aconsejables en el tratamiento de mi afección dental, incluida la prescripción. y administración de cualquier agente anestésico y / o medicamentos médicamente necesarios.

He leído y entiendo lo anterior, y me respondieron mis preguntas. Reconozco que no puede haber garantía en cuanto al resultado del tratamiento y doy mi consentimiento para la cirugía.

Print name

Signature

Clear