

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PULPOTOMÍA O PULPECTOMÍA DEL DIENTE PERMANENTE
Rev. 07/2019

Una pulpotomía es un tratamiento interino realizado con la intención de preservar temporalmente un diente vital, sin eliminar todo el tejido pulpar o nervioso. Durante una pulpotomía, se extrae generalmente el tejido de la cámara pulpar, pero el tejido contenido en los conductos radiculares del diente permanece. La extirpación completa del tejido del interior del diente se denomina "pulpectomía".

Entiendo que una pulpotomía o pulpectomía se realizan como medida temporal en todos los casos, menos en los más inusuales. Este tratamiento es un intento de preservar el diente por un período de tiempo indeterminado, y podría involucrar riesgos inherentes que incluyen entre otros:

1. **TRATAMIENTO DE ENDODONCIA:** Aunque se anticipa que este tratamiento puede extender el tiempo en el que un diente siga siendo vital, hasta que se puedan realizar con éxito otros procedimientos necesarios en un momento más adecuado, podría ser necesario realizar un tratamiento completo de endodoncia (pulpectomía) si las condiciones así lo requirieran. Se debe tener cuidado de no demorar indebidamente la finalización del proceso de endodoncia. Según aconseje el dentista que lo atiende, podría ser necesaria la derivación a un especialista en endodoncia.
2. **ENTUMECIMIENTO:** Entiendo que recibiré un anestésico local mediante una inyección y/u otras medicaciones. Entiendo que podría presentarse un adormecimiento de los dientes, labios, lengua y tejido colindante (parestesia) después de las inyecciones. En raras ocasiones, los pacientes pueden sufrir una reacción fuerte e impredecible al anestésico, lo cual puede requerir atención médica de emergencia. La medicación puede afectar la capacidad de controlar la deglución. Esto aumenta las probabilidades de ingerir objetos extraños durante el tratamiento. *Dependiendo de la anestesia y de los medicamentos administrados, es posible que necesite que un conductor designado me lleve en automóvil hasta mi casa. Rara vez, como resultado de una inyección, puede haber una lesión nerviosa, temporal o permanente, que derive en la pérdida de sensibilidad en el mentón, los labios, las encías, la lengua y en una pérdida parcial del sentido del gusto.*
3. **RIESGOS DE LA MEDICACIÓN:** Entiendo que toda la medicación en esta clínica dental tiene el potencial de producir riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas. Por lo tanto, es esencial que yo informe a mi dentista respecto a todos los medicamentos que estoy tomando actualment. Pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picor, vómitos y/o choque anafiláctico. Confirмо que, según entiendo, se me ha facilitado un informe acertado de mi historial de salud mental y física. También he informado de cualquier alergia o reacción inusual a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestesia, polen, polvo, enfermedades

- corporales o de la sangre, reacciones en piel o encías, sangrado anormal o cualquier otra condición previa relacionada con mi salud.
4. **TRISMO:** Entiendo que el mantener la boca abierta durante el tratamiento puede causar cierta rigidez y dolor en mi mandíbula y provocar dificultades para abrir bien la boca durante varios días, lo que algunas veces se denomina trismo. Sin embargo, en ocasiones esto puede ser una indicación de algún otro problema. En el caso de que esto ocurra, debo notificar al consultorio dental si experimento trismo persistente o si surge algún otro problema similar.
 5. **FRACTURA:** La porción de la corona del diente podría debilitarse debido a la naturaleza del procedimiento y/o a la lesión o enfermedad dental que requirió este procedimiento, el diente puede ser más susceptible a fracturas o roturas.
 6. **CORONA PROVISIONAL:** Si el resto de la estructura dental pareciera ser demasiado frágil, podría ser necesario colocar una corona provisional en el diente, para preservarlo.
 7. **EXTRACCIÓN:** Si el diente no cicatriza, si se fractura extensamente o si no es apto para que se la haga un tratamiento de endodoncia completo, podría ser necesario extraerlo.
 8. **DOLOR:** En la mayoría de los casos, una vez realizada la pulpectomía y desaparecido el dolor inicial, el diente no debería doler. Sin embargo, en algunos casos podría experimentar dolor agudo o sensibilidad extrema. Si ocurriera, es responsabilidad del paciente de notificar al dentista inmediatamente.

Entiendo que es mi responsabilidad solicitar atención inmediata si ocurriera cualquier problema inesperado después del tratamiento. Seguiré puntualmente todas las instrucciones pre y posoperativas que se me den.

PARA TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

Entiendo que durante el tratamiento podría ser necesario cambiar o añadir procedimientos, según las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no hayan sido detectadas durante el examen. El dentista explicará todos los cambios.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la pulpotomía o pulpectomía del diente permanente y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

CONSENTIMIENTO

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita y que he entendido las explicaciones al respecto y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizar el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568 ☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com 🌐 www.stDental.com