



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Departamento Médico de Servicios Técnicos

Supervisión Odontológica

SPS-1012

CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDODONCIA

Fecha _____

Yo _____ de _____ años de edad,
con documento personal de identificación (DPI) _____.

Autorizo al personal odontólogo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a ser trasladado(a) a servicios contratados de endodoncia para realizar el procedimiento de:

Endodoncia _____ Retratamiento endodóntico _____

En las piezas dentales _____.

Definición de endodoncia: Es el tratamiento que consiste en la extracción del tejido que se encuentra en el centro del conducto del diente, llamado pulpa dental (nervio). Una vez que la pulpa se enferma o es dañada de forma irreversible, se extrae (el nervio); el espacio que queda se limpia, se le da forma utilizando unos instrumentos llamados limas y se rellena. Si no se trata, puede llegar a formar un absceso por infección.

Retratamiento endodóntico: Es un tratamiento de conductos (endodoncia) que se realiza en alguna pieza dentaria, que ya fue tratada con anterioridad y que es posible que las bacterias que hay en la boca hayan filtrado y contaminaron nuevamente la pieza dental.

Riesgos y complicaciones. En casos fortuitos puede suceder lo siguiente:

1. Que un procedimiento de conductos radiculares no garantiza el éxito del tratamiento en la recuperación total de la pieza, por lo que podría presentar diferentes complicaciones a corto, mediano y largo plazo.
2. Que una pieza tratada endodonticamente con su respectiva restauración definitiva puede presentar cualquier tipo de complicación a futuro.
3. Que la pieza dental con una restauración previa que necesita tratamiento endodóntico será necesario eliminar la restauración y realizar una nueva al finalizar la endodoncia.
4. En una pieza dental indicada para retratamiento que presente un poste intrarradicular, será necesario su remoción y que existe la posibilidad de fractura radicular.



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Departamento Médico de Servicios Técnicos

Supervisión Odontológica

SPS-1012

5. Durante un procedimiento de endodoncia o retratamiento se puede llegar a determinar que la pieza dental no es restaurable y sea indicada para extracción dental.
6. Es posible que después del tratamiento de endodoncia la pieza dentaria se debilite, cambie de color y tienda a fracturarse.
7. En raras ocasiones al finalizar el tratamiento endodóntico, puede persistir un dolor leve a moderado.

Responsabilidad del paciente:

1. Asistir y cumplir con todas las citas agendadas.
2. Debe realizarse la restauración final (poste+corona, Corona o Incrustación) antes de 15 días de finalizado el tratamiento endodóntico para evitar filtración de bacterias, tratamiento que debe ser realizado fuera de la Institución en clínica dental privada a mi elección comprometiéndome a cubrir los gastos que esto conlleve.
3. Entiendo que en el curso del tratamiento pueden presentarse situaciones especiales e imprevistas que requieran cambios en el plan de tratamiento inicial.
4. Soy consciente de la responsabilidad que en mi recae de tener una higiene bucal adecuada, asistir periódicamente y cumplir con las citas agendadas, cumplir todas las indicaciones dadas y tomar los medicamentos recetados.
5. Comprendo las implicaciones del presente consentimiento, me encuentro en capacidad de expresarlo y dejo constancia que los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

He sido informado en forma clara acerca de la naturaleza propósito del tratamiento y de las sustancias o insumos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos previsible y consecuencias. Se me han resueltos todas las dudas e interrogantes que he formulado y habiendo dado mi consentimiento informado, acuerdo por la presente liberar al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a sus profesionales y cuerpo odontológico de alguna responsabilidad con respecto al permiso para este procedimiento odontológico y de los riesgos o resultados desfavorables inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión para dicho tratamiento.

**Nombre y firma del
paciente/padre/responsable**

**Nombre y firma del
Odontólogo**