

# Clínica Losada

ODONTÓLOGOS

Yo..... mayor de  
edad y con DNI .....

En caso de paciente menor de edad, impedido o incapacitado

Yo, .....con

DNI ....., en calidad de padre, madre, tutor/a o representante legal del  
paciente.....

Declaro:

I. Que se me ha explicado que es necesario que se me realice el tratamiento endodóntico.

II. He sido informado/a de que:

- Los objetivos de la endodoncia son eliminar el tejido pulpar (nervio) inflamado o infectado, rellenar los conductos radiculares con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias.
- El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. También, que la administración de la anestesia podría producir ulceración y/o hematoma del tejido, dolor y, en raras ocasiones, pérdida de la sensibilidad en la boca o en la cara. Asimismo, puede provocar bajada de tensión y mareo.
- En casos especiales en los que el diente a tratar presente una corona (funda) será necesario quitarla o atravesarla para poder realizar la endodoncia, advirtiéndose de que este procedimiento conlleva un riesgo de posible rotura de la corona.
- Una vez finalizado el tratamiento es normal que el paciente pueda experimentar dolor, sensibilidad al tacto o a la masticación en el diente tratado, que suele durar desde unos días hasta algunas semanas debida a la reacción de cicatrización de los tejidos de soporte dentario. Si fuera necesario, se le pautará la medicación precisa.
- Es necesario realizar la **reconstrucción de la pieza endodonciada** en un plazo corto de tiempo para minimizar la posibilidad de contaminación bacteriana desde la corona y reducir el riesgo de fractura.
- Existen numerosos factores que pueden afectar al **pronóstico del tratamiento**, como son: el estado de salud, las condiciones específicas que presenta el diente a tratar, la reacción de la cicatrización de los tejidos periodontales o la existencia de **fisuras** previas. En el caso de que estén presentes algunos de estos factores, se requerirá una monitorización del tratamiento más exhaustiva para controlar evolución.
- En ocasiones ocurren **complicaciones** (dificultades) durante el tratamiento tales como una anatomía compleja, calcificaciones, fractura de algún instrumento etc... que impiden finalizar con éxito la endodoncia y, por tanto, el tratamiento indicado, en estos casos, podría ser la cirugía endodóntica o extracción.

DECLARACIONES Y FIRMAS PACIENTE

D./ Da ..... con  
DNI..... declaro que el odontólogo **Jose Manuel Losada Ynclan** me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi consentimiento para que me realicen dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

Sé que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

En.....a .....  
de.....de 20.....

Firmado, el/la paciente

REPRESENTANTE LEGAL

D. / Da ..... con  
DNI ..... y domicilio en .....  
calle ..... no ..... declaro que el odontólogo **Jose Manuel Losada Ynclan** me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve esta exploración/intervención.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para la situación clínica actual del paciente y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y doy mi consentimiento para que realicen al paciente .....  
con DNI ..... dicha exploración/intervención. He recibido copia del presente documento.

En Madrid, a ..... de..... de 20.....

Firmado, el/la representante

FACULTATIVO

Yo, **Jose Manuel Losada Ynclan**, odontólogo he informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica. Asimismo, se le preguntó sobre posibles alergias, la existencia de otras enfermedades o cualquier otra circunstancia patológica personal que pudiera condicionar la realización de la exploración/intervención. Se incorpora este documento a la historia clínica del paciente.

En Madrid, a ..... de ..... de 20.....

28009593

**REVOCACIÓN DE LA DECISIÓN POR EL PACIENTE**

En.....a ..... de.....de 20.....

El paciente

Odontólogo