



Endodontists

Dr. Iván E. Rodríguez
Dr. Adalí Efraín Vélez
Dr. Ernesto G. Treviño

www.valleyendopractice.com

1610 E. Harrison Ave.
Suite A
Harlingen, TX 78550
(956) 412-9500
(956) 412-1146 fax

5421 S. McColl Rd.
Stoneridge Business Park
Edinburg, TX 78539
(956) 994-9500
(956) 686-4095 fax

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS (“ROOT CANALS”)**

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Planned diagnostic procedure for tooth/teeth: # _____ Referring dentist: _____

Diagnosis: _____

Planned treatment: __ NSRCT __ NSRC – RETX Restoration: _____

Date completed: _____ Restoration recommended: _____
(para uso de la oficina solamente)

¿Qué es el tratamiento de conductos y cuáles son sus beneficios?

El tratamiento de los conductos de las raíces de los dientes (“root canals”) es el procedimiento por el cual se limpian y se preparan los conductos internos o huecos (cámara pulpal de los dientes. Con ello se remueven los tejidos dañados y los microbios que puedan estar alojados adentro y se rellenan con un material inerte llamado guta-percha. Este procedimiento se hace con anestesia local, como cualquier otro procedimiento dental. Una vez se termine el procedimiento, el diente se restaura con alguna corona o cualquier otra restauración adecuada. De este modo puede permanecer funcionando por muchos años y a veces por toda la vida, contribuyendo así a tener una mejor salud oral. La endodoncia también incluye otros procedimientos como emblanquecimiento (bleaching) de los dientes, cierre de los ápices de las raíces inmaduras, tratamiento y manejo de traumas y la fabricación de postes o muñones (build-ups) debajo de las coronas.

¿Cuáles son las complicaciones de este tratamiento?

Con una tasa de éxito aproximado al 95% de las veces, las terapias de conductos o endodoncias son uno de los procedimientos médicos o dentales más predecibles. Sin embargo, no podemos garantizar éxito en todos nuestros casos, pues son muchos los factores que están envueltos. Algunas de las complicaciones más comunes son (pero, no se limitan a estas): posibilidad de perforaciones a las raíces de los dientes, daño a restauraciones existentes, de separación de porciones de instrumentos que no se pueden remover de los dientes, dolor, hinchazón e infecciones. También el uso de medicamentos puede causar efectos secundarios y/o alergias. Cualquiera de estas complicaciones puede resultar en fracaso del procedimiento, requiriendo posible retratamiento, cirugía o extracción del diente. (al dorso)

¿Qué otras alternativas tiene usted?

Extracción del diente es una alternativa. Sin embargo, si el diente se extrae y no se reemplaza, el espacio edéntulo podría crear otros problemas tales como: mala alineación de los dientes en el arco, inclinación y rotación de dientes adyacentes. También puede causar sobre-erupción del diente oponente. Esto puede causar dolores en la articulación temporomandibular (TMJ) y otras áreas de la cara, problemas de las encías e inclusive podría causar la pérdida de otros dientes. El reemplazo de dientes mediante puentes o implantes, normalmente es más costoso.

¿Cuáles son sus responsabilidades?

Es importante que usted provea un historial médico preciso y completo, para poder tener un cuadro claro de su salud general. Por favor, entienda que después del tratamiento de los conductos, es importante restaurar el diente con una corona o restauración permanente dentro de un período corto razonable. Un diente sin una restauración adecuada no es funcional. Dependiendo de su situación en particular, otras instrucciones post operatorias les serán dadas por el doctor o por algún miembro del equipo de trabajo. Además, al terminar el procedimiento se les entregarán instrucciones generales escritas que usted debe seguir.

Certifico, que he leído la información que aparece en este documento y que se me ha dado la oportunidad de aclarar cualquier duda que pudiera tener. También estoy consciente que es mi responsabilidad pagar los honorarios que conllevan este tratamiento o cualquier otra parte de los honorarios que no estén cubiertos por mi seguro de salud (aseguranza dental). También autorizo al **Dr. Iván E. Rodríguez, Dr. Adalí Efraín Vélez, o Dr. Ernesto Treviño**, a examinarme y a proceder con el tratamiento indicado arriba.

Firma del paciente (o encargado legal del menor) Fecha

Firma del Doctor Fecha

Firma del testigo Fecha

BP: _____ **Pulse:** _____ **SPO2:** _____