



## CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca.com

Dr. Víctor J. Hernández Darías - Odontólogo\**Dentista*

Col.Nº 07001360 \* NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com\*Tel. (+34) 971 57 36 87\*Móvil (+34) 648 66 81 08\*Fax (+34) 971 57 36 88

### Datos personales

Nombre:

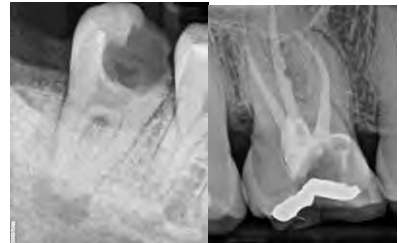
NIE/NIF/DNI:

### Endodoncia/tratamiento de conducto radicular bajo anestesia local

Si le han detectado una caries de gran tamaño o ya tiene una inflamación en la punta de la raíz dental y desea conservar su diente, el Dr. Víctor J. Hernández Darías le realizará un tratamiento de conducto. Las posibilidades de éxito de este procedimiento son individuales y se discutirán en detalle en nuestro consultorio.

El tratamiento se realiza en una a cuatro sesiones y cada una dura entre 30 minutos y una hora por diente. Se toman hasta cuatro radiografías para evaluar la longitud de la medida y el resultado final.

Siempre preparamos y limpiamos los conductos radiculares mecánicamente con limas especiales. Los enjuagues se llevan a cabo con una solución desinfectante suave para que el canal radicular esté preparado de manera óptima para la siguiente obturación del conducto radicular con gutapercha.



### **Consentimiento para la intervención dental**

Se me ha informado que se me va a realizar la intervención citada anteriormente.

Se me informó adecuadamente sobre la naturaleza, la finalidad y el desarrollo de la intervención, así como sobre sus principales ventajas, desventajas y riesgos, también en comparación con otros métodos de análisis, tratamiento, cirugía y con la no realización de la intervención.

Soy consciente de que, en determinadas circunstancias, será necesario ampliar la intervención y que solo durante la operación se podrá saber si es necesaria dicha ampliación o una modificación de las medidas previstas. Se me ha informado de las posibles complicaciones físicas, psicológicas y profesionales en el periodo posterior a la intervención. También se me informó de las siguientes **complicaciones posibles**:

- Hinchazón, hemorragias posteriores y dolor
- Adormecimiento
- Aspiración de objetos
- Fractura de los instrumentos, permanencia de estos en el diente
- Lesión/pérdida de dientes adyacentes
- Apertura/inflamación del seno maxilar
- Fracaso



**CENTRO DE ODONTOLOGÍA -> my-dentist-mallorca.com**

Dr. Víctor J. Hernández Darías - Odontólogo\***Dentista**

Col.Nº 07001360 \* NIF/NIE 78852805L

Avenida de Picasso 61 bjs drcha, E-07014 Palma de Mallorca

info@my-dentist-mallorca.com\*Tel. (+34) 971 57 36 87\*Móvil (+34) 648 66 81 08\*Fax (+34) 971 57 36 88

**Se discutió en detalle cualquier problema particular que pudiera tener, en especial:**

Mis preguntas fueron respondidas en detalle. No deseo que se me den más detalles, o se me dieron hasta donde yo lo quise.

Soy consciente de que puedo revocar este consentimiento.

Estoy de acuerdo con la medida y el método previstos, así como con las ampliaciones y modificaciones necesarias. Se me ha informado que, en determinadas circunstancias, se realiza una documentación fotográfica de mi operación/del resultado y estoy de acuerdo con ello. Aseguro que he mencionado en el historial clínico todas las dolencias y molestias que conozco.

Se me instruyó sobre el comportamiento requerido antes y después del procedimiento.

Entiendo que debo cancelar una cita con al menos 24 horas de antelación si no puedo acudir a ella. Soy consciente de que tendré que pagar una tarifa de cancelación de 50 euros en caso de una ausencia injustificada o una cancelación tardía.

**Firma del paciente**