

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS DE ENDODONCIA

En cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y documentación clínica y de las recomendaciones de la Ley 18335, Decreto 274/10.

Yo, con C.I. como paciente, o como representante legal de con C.I., en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que:
el/la Doctor/a, Bachiller me ha explicado, en términos comprensibles, que necesito la realización del tratamiento odontológico, indicado para mi motivo de consulta:

Tratamiento propuesto:

Se realizará tratamiento de endodoncia en el diente el cual consiste en el desgaste dentario para la apertura, su limpieza y eventual desinfección, para luego rellenarlo con un material compatible con los tejidos bucales; para ello se tomarán varias radiografías. Se realizará en una o más sesiones dependiendo de la complejidad del caso. Se trabajará bajo aislación absoluta. Entre sesiones, será colocada una medicación intraconducto, así como una obturación provisoria. El tratamiento tiene el costo del arancel vigente. Una vez finalizado el tratamiento la pieza dentaria requerirá una restauración permanente, teniendo la misma un costo independiente al del tratamiento de conducto. Dicha restauración debe ser realizada a la brevedad con el fin de asegurar un buen sellado y refuerzo de la estructura del diente.

Tratamiento(s) alternativos(s)

Riesgos del (de los) procedimiento(s):

Asociados a las técnicas anestésicas: alergias, hematomas, disfunciones musculares, hipoestesias prolongadas, dolor postraumático, entre otros. Entre una sesión y otra pueden aparecer o aumentar los síntomas del proceso infeccioso o inflamatorio como dolor o hinchazón. Dependiendo de las características anatómicas de la pieza dentaria, pueden ocurrir eventos como la fractura de paredes dentarias, separación de instrumentos, perforaciones dentarias, desviación de conducto, obturación fuera de los límites radiculares o que no alcanza la longitud ideal. Estos sucesos pueden modificar la orientación del tratamiento, su costo y el pronóstico de la pieza, pudiendo ser necesaria en ocasiones la extracción de la misma. Asociados a la irrigación: extravasación de la sustancia irrigante, edema, hematoma, enfisema, entre otros.

La duración de las sesiones es variable, conllevando incomodidad pasajera, dolores musculares o afecciones articulares. Es excepcional la aparición de reacciones adversas a los materiales empleados. Ocasionalmente se puede requerir de tratamientos adicionales, como procedimientos de cirugía que significan otros costos y riesgos independientes.

Riesgos personalizados:

Manifiesto, además, que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones, **CONSIENTO** en que sea llevado a cabo el tratamiento adecuado.

Montevideo, de de 20....

Firma del paciente (o responsable)

Aclaración

C.I.

Estudiante responsable

Aclaración

C.I.

Profesional responsable de la Clínica de _____

Firma del Profesional responsable

Aclaración

N° CJPPU

Informado el Usuario y su Representante Legal de los riesgos que asume al no aceptar el tratamiento propuesto manifiesto su **NO CONSENTIMIENTO**.

Clínica: _____

Firma Profesional responsable

Firma Paciente/Rep. Legal

Aclaración de firma

Aclaración de firma

C.I. _____

Autorizo al profesional y/o a la institución el uso, difusión con fines didácticos y/o científicos, de todo el material obtenido durante mi tratamiento, por ejemplo: fotografías, modelos, radiografías. Datos serán extraídos de la base de Facultad HIFO, manteniéndose el anonimato y confidencialidad.

Firma Paciente / Representante Legal

C.I.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO O ALTA VOLUNTARIA

El paciente.....y/o su representante revoca el consentimiento informado aceptado con fechay declara su deseo de abandonar el tratamiento propuesto, responsabilizándose por las consecuencias de la presente revocación.

Firma Paciente/Rep. Legal

Aclaración de firma

C.I. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ACTUACIÓN FRENTE A EXPOSICIONES ACCIDENTALES ANTE AGENTES BIOLÓGICOS

El paciente.....y/o su representante autoriza a seguir el protocolo de actuación que consiste en la información de los hechos, registro, realización de análisis del paciente (fuente) como del personal implicado y seguimiento en centros especializados.

Firma Paciente/Rep. Legal

Aclaración de firma

C.I. _____