

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES: “PULIDO RADICULAR”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: ***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***

**Objetivos del procedimiento:**

Eliminar la contaminación bacteriana de la superficie de la raíz que se encuentra bajo de la encía.

**Descripción del procedimiento:**

Las raíces se raspan con instrumentos manuales con filo y, dependiendo de la severidad de la enfermedad, se realiza con anestesia local. Es muy importante modificar y mejorar su técnica de higiene oral para eliminar la infección. Si Usted no cambia su higiene oral no puede continuar con los pulidos radiculares, porque la infección avanzará con mayor facilidad. Este tratamiento debe tener controles posteriores de acuerdo con el caso. En esos controles se evalúa la respuesta al tratamiento y se toman nuevas decisiones (extracciones, cirugías, ferulizaciones, etc.)

**Riesgos del procedimiento:**

1. Dolor. En caso que este dolor sea intolerable, avísele a su Odontólogo.

2. Sangrado durante y/o después del procedimiento.

3. Puede sentir algunos dientes más móviles al finalizar el procedimiento.

4. Después del procedimiento puede aparecer o aumentar la sensibilidad en los cuellos dentarios (con lo frío, caliente, dulce, ácido y al tacto). Este síntoma generalmente es transitorio y puede ser tratado.

5. Avísele a su Odontólogo todas las enfermedades sistémicas que tiene y los medicamentos que consume.

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

No existen alternativas al procedimiento propuesto

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

Dependiendo de la severidad de la enfermedad existe la posibilidad de perder los dientes. Con la presencia de esta enfermedad es posible que tampoco pueda realizarse otros tratamientos dentales.

**Mecanismo para solicitar más información:**

Si necesita más información consulte a su Odontólogo o al Jefe de Servicio Dental.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.