

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES:
“TRATAMIENTO DE ENDODONCIA”**

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***](https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento)

**Objetivos del procedimiento:**

Eliminar el nervio dañado y contaminado para poder conservar el diente.

**Descripción del procedimiento:**

Se elimina la caries de la pieza dentaria, posteriormente el nervio dañado y contaminado. Se desinfecta el espacio que estaba ocupado por el nervio(conducto radicular) y se procede a rellenar dicho espacio con un material.

Finalmente se pone un sellado provisorio en la cavidad del diente, hasta que sea realizada la tapadura definitiva por su odontólogo tratante

**Riesgos del procedimiento:**

-Fractura del diente.

-Fractura de un trozo de instrumento (lima) al interior del conducto (raíz).

-Perforación de la raíz del diente.

-Accidente causado por el irrigante con que se desinfecta el conducto.

**Alternativas al procedimiento propuesto:**

Solo la extracción de la pieza dentaria.

**Consecuencias de no aceptar el procedimiento:**

-Dolor

-Infección

-Extracción del diente

-Hinchazón de la cara

**Mecanismo para solicitar más información:**

Dirigirse al dentista tratante y /o jefe de servicio

**Revocabilidad**

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