



**DH1224**  
**Autorización Para El Tratamiento de Endodoncia**

---

*Nombre del Paciente*

Con la presente, Yo autorizo \_\_\_\_\_

*Nombre del Doctor*

Y/o a cualquiera de sus colaboradores a realizar el tratamiento de la raíz del/los diente/s número: \_\_\_\_\_.

El doctor me ha explicado que el proposito de este procedimiento es el de salvar el diente que en otro caso necesitaria ser extraido. El doctor me ha explicado el tratameinto asi como sus posibles resultados. Yo entiendo que este es un procedimiento de eleccion y que existen otras alternativas de tratameinto. El doctor también me ha explicado los riesgos y beneficios de estas otras alternativas. Yo entiendo que el tratamiento de la raíz es altamente exitoso; pero el doctor no me ha asegurado o garantizado un resultado perfecto.

El doctor me ha informado de ciertos riesgos que se pueden presentar en este procedimiento; como pueden ser:

1. La posibilidad de no poder completar el tratamiento de la raíz porque el canal esta calcificado o tiene una curvatura única. Si este caso se presenta se necesitara cirugía endodontica o la extracción del diente.
2. Puede desarrollarse infección en el diente y en ocasiones ser persistente, por lo cual se requerirá de cirugía endodontica o extracción del diente
3. Fractura o rompimiento de la raíz o del diente durante o después del tratamiento.
4. Faractura del diente durante el uso de una lima o cualquier otro instrumento.
5. Perforación del diente durante el tratamiento.
6. Daño a restauraciones, coronas o veneers de porcelanas existentes.
7. \_\_\_\_\_

---

En caso de que alguna condición imprevista ocurra y que requiera de un procedimiento diferente al antes mencionado o que requiera la intervención de un especialista. Yo autorizo al doctor y/o a sus colaboradores a realizar este procedimiento, cuando en su opinión profesional, este sea necesario.

Yo entiendo que las medicinas, drogas y anestesicos administrados para este procedimiento pueden causar sueño, asi como la falta de atención y coordinación. También entiendo de que no debo consumir bebidas alcoholicas o drogas porque estas pueden incremetar estos efectos. Entiendo que los anestesicos y drogas administrados pueden causar reacciones inesperadas, las cuales pueden requerir de tratamiento medico adisional. Me han aconsejado que no opere o maneje ningñn tipo de vehículo o maquinaria hasta que me haya recuperado completamente de los efectos de estos medicamentos.

***No deje de consultar a su medico si tiene alguna pregunta.***

---

*Paciente, Padre o Tutor*

---

*Doctor*

---

*Date*