

También comprendo que es posible que no me encuentre satisfecho con la forma y el color del diente tras el tratamiento, porque las cualidades de los empastes nunca serán idénticas a su aspecto sano.

4.- Endodoncia. El propósito principal de esta intervención es la eliminación del tejido pulpar (conocido vulgarmente por el nervio del diente) inflamado o infectado, o de un proceso granulomatoso o quístico.

La intervención consiste en la eliminación del tejido enfermo y rellenar la cámara pulpar y los tejidos radicales con un material que selle la cavidad e impida el paso a las bacterias y toxinas infecciosas, conservando el diente o molar.

El dentista me ha advertido que, a pesar de realizarse correctamente la técnica, cabe la posibilidad de que la infección o el proceso quístico o granulomatoso no se eliminen totalmente, por lo que puede ser necesario acudir a la cirugía de partes de la raíz del diente al cabo de algunas semanas, meses o incluso años. A pesar de realizarse correctamente la técnica, es posible que no se obtenga el relleno, quede corto o largo.

El dentista me ha advertido que es muy posible que después de la endodoncia el diente cambie de color y se oscurezca ligeramente.

También sé que es frecuente que el diente/molar en que se realice la endodoncia se debilite y tienda a fracturarse, por lo que puede ser necesario realizar coronas protésicas e insertar refuerzos intrarradiculares.

5.- Prótesis. Me ha explicado el Dentista, la necesidad de tallar los pilares de la prótesis, lo que conlleva la posibilidad de aproximación excesiva a la cámara pulpar (nervio) que nos obligaría a realizar una endodoncia y en algunos casos, si el muñón quedase frágil, a realizar una espiga colada.

También me ha explicado el Dentista, la necesidad de mantener una higiene escrupulosa para evitar el desarrollo de caries, gingivitis y secundariamente enfermedad periodontal.

Asimismo, se me informa de la importancia de visitas periódicas (entre 6 meses y un año) para controlar la situación de la prótesis y su entorno.

Por otro lado, se me aclara que existe la posibilidad de fractura de cualquiera de los componentes de la prótesis muy relacionada con el uso que yo tenga de la misma.

El dentista me ha explicado que todo acto odontológico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos.

#### ***Claúsula COVID19***

En condiciones normales los protocolos estrictos de higiene y esterilización permiten asegurar la bioseguridad necesaria al paciente y equipo sanitario.

En esta circunstancia excepcional derivada de la PANDEMIA del COVID-19, dado el alto riesgo de transmisión infecciosa del virus en la ineludible cercanía física al paciente para los tratamientos orales, la generación inevitable de aerosoles aún con todos los medios de protección disponibles en la clínica, además de los necesariamente instaurados a mayores, NO es posible asegurar un RIESGO NULO de transmisión de COVID-19.

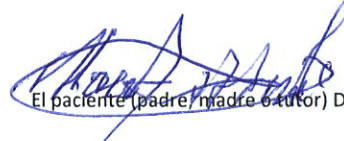
Actualmente el RIESGO BIOLÓGICO del COVID-19 aún NO es perfectamente conocido desde el punto de vista científico. Además, aún NO existe VACUNA que permita la inmunización de la población en general o de los grupos poblacionales de riesgo.

Por todo ello, **consiento** que se me realice el tratamiento antes mencionado reservándome el derecho de revocar en cualquier momento este consentimiento que ahora presto, sin necesidad de dar ninguna explicación. Encuentro satisfactorias las explicaciones recibidas por parte del Dr./Dra., que comprendo perfectamente, referentes a la finalidad del tratamiento, la naturaleza y limitaciones del mismo, sus consecuencias, los riesgos probables en general y particulares, así como las contraindicaciones. No tengo necesidad de nuevas aclaraciones. También he sido informado/a de la posibilidad de rechazar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

Observaciones:.....  
.....

En tales condiciones, consiento que se me practique el tratamiento que me ha explicado.

En ....., a ..... de ..... de .....

  
El paciente (padre/madre o tutor) DNI

El Odontólogo (y nº de colegiado)