



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO DE ENDODONCIA**

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se le presenta para su firma el siguiente documento:

D/ña M<sup>o</sup> Antonia Somoza Estévez con domicilio en.....  
Provincia de..... con DNI.....

**DECLARO:**

Me han explicado que es necesario que se realice una endodoncia uno o más dientes, con el objetivo principal de conservar el diente en mi boca. He sido informado de que los objetivos de la endodoncia son eliminar el tejido pulpar inflamado o infectado, rellenar la cámara pulpar y los conductos radiculares con un material compatible que selle la cavidad e impida el paso de las bacterias y las toxinas. El procedimiento requiere la aplicación de anestesia local, lo que provocará una sensación de acorchamiento del labio o de la cara que desaparecerá al cabo de unas horas. Igualmente puede provocar bajadas de tensión y mareos. Una vez finalizado el tratamiento es normal que el paciente pueda percibir dolor, sensibilidad al tacto o a la masticación en el diente tratado, que suele durar desde unos días hasta algunas semanas. Generalmente es necesario reconstruir el diente endodonciado en un plazo corto de tiempo para minimizar la posibilidad de contaminación bacteriana desde la corona, reducir el riesgo de fractura o el cambio de coloración. En ocasiones pueden ocurrir complicaciones durante el tratamiento que no se pueden detectar hasta ese mismo momento tales como una anatomía compleja, presencia de calcificaciones o la fractura de algún instrumento que impiden finalizar con éxito la endodoncia. Si un tratamiento de endodoncia no consigue el objetivo previsto, puede necesitar la realización de un segundo tratamiento de endodoncia o bien la programación de una cirugía periapical.

**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.

Yo, D/Dña..... como paciente (y si procede D/Dña..... como padre, madre o tutor), he sido informado/a por el Dr./Dra. Sara Souto Nogueira, mediante un lenguaje claro y sencillo me ha dado respuesta a cuantas observaciones he formulado aclarando todas las dudas, por lo cual comprendo el alcance y el significado de dicha información, y consiento en someterme a los registros diagnósticos precisos incluyendo radiografías así como al procedimiento clínico de..... También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Observaciones:.....

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

En Lugo, a 4 de Diciembre de 2024

El paciente (padre, madre o tutor) DNI

*[Handwritten signature of patient/parent]*

El Odontólogo (y nº de colegiado)

*[Handwritten signature of dentist]*  
36001398