



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA  
DEL PACIENTE EN EL POSTGRADO DE ENDODONCIA DE LA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCV**



Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ edad, identificado con la cedula de identidad N° \_\_\_\_\_, domiciliado(a) en \_\_\_\_\_ como representante legal o familiar de \_\_\_\_\_, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padezco o padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios, riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar al médico tratante en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica y seré informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento, los cuales cancelaré. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de mi identidad o la de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos.

Diagnóstico(s) \_\_\_\_\_

Tratamiento(s) por realizar \_\_\_\_\_

Tratamientos alternativos \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento \_\_\_\_\_

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento \_\_\_\_\_

Comprendo que la Endodoncia es la especialidad de la odontología que se encarga de realizar tratamiento de conductos radiculares que consiste en un procedimiento clínico, con el objeto de conservar un diente, que de lo contrario requerirá su extracción, consiste en la eliminación del tejido pulpar inflamado o infectado a través de la preparación, limpieza y desinfección del sistema de conductos radiculares y posterior relleno con un material de obturación radicular. El porcentaje de éxito que proporciona es muy alto, 95% aproximadamente. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la forma y función de los dientes, la estética, masticación y fonación adecuadas, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación. Los riesgos pueden ser: molestias, dolor o cualquier complicación que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento, de la cual el profesional que me atiende se hará responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización. Entre el 5 y 10% de los dientes sometidos a tratamientos de conducto radicular, podría necesitar repetición de de tratamiento, cirugía del ápice radicular o extracción.

Se me indicó que una vez culminado el tratamiento de conducto, se colocará una restauración provisional y se me remitirá dentro de los primeros 30 días siguientes al tratamiento al odontólogo para restaurar definitivamente el diente, esto es un paso esencial para el éxito de la terapia y conservación del diente.

Comprendo que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores. Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y asumo la cancelación de las tarifas de la Institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE \_\_\_\_\_ o NO CONSIENTO \_\_\_\_\_, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Caracas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.