Tu LOGO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE ENDODONCIA**

Yo, *nombre del paciente* de *edad* que me identifico con el documento de identidad y que resido en el domicilio *dirección completa de casa* por medio del presente documento hago constar lo siguiente.

* Que he acudido a la clínica *nombre de clínica* donde he sido atendido por *nombre de odontólogo*
* He sido informado/a que después de un diagnostico odontológico, necesito recibir atención clínica endodóntica.
* Se me ha explicado de forma clara, la naturaleza de la enfermedad oral que padezco, así como el daño que ha causado; las opciones de tratamiento, los posibles riesgos del tratamiento y su pronóstico.
* Acepto la realización de toma de imágenes por medio radiografías que sean necesarios para fines de completar un tratamiento exitoso.
* Me fueron expuestos los riesgos del uso de la anestesia local (posibles alergias, anestesias prolongada, daños tisulares por la punción).
* Entiendo que posterior al tratamiento podría experimentar inflamación, dolor en el área, dificultad para masticar o abrir la boca, riesgo de infección.
* Estoy consiente que existe la posibilidad de que los instrumentos utilizados podrían tener fracturas debido a las pequeñas dimensiones de estos, o generar en los tejidos perforaciones, cortes, punciones, o lesiones; también se me ha explicado la toxicidad de algunos materiales que son necesarios para la desinfección de la zona.

Extiendo mi confianza al profesional que realizará los procedimientos endodonticos y con mi firma autorizo que sean realizados bajo mi consentimiento.

Firma de paciente

Firma de doctor/a

Fecha