Endodontists

Dr. Iván E. Rodriguez
Dr. Ernesto Gerardo Treviño
Dr. Victor Luikham

www.valleyendopractice.com

1610 E. Harrison Ave.
Suite A
Harlingen,TX 78550
(956) 412-9500
(956) 412-1146 fax

5421 S. McColl Rd.
Stoneridge Business Park
Edinburg, TX 78539
(956) 994-9500
(956) 686-4095 fax

# Información para paciente y consentimiento

# Par cirugía Endodóntica (Cirugía Peri-radicular)

Yo, _____, autorizo al **Dr. Iván E. Rodríguez, Dr. Victor Luikham y/o Dr. Ernesto G. Treviño** y su equipo de trabajo a realizar en mi persona o en mi persona o en procedimiento: remover el tercio apical de la raíz del diente (o dientes) numero (s) _____ y a colocar una restauración (en el ápice) para sellar e conducto.

Teléfono _____ Email _____

**Diagnosis:** _____ **Dentista:** _____

Entiendo que durante el procedimiento el Doctor podría descubrir alguna a algunas condiciones adicionales que requieren una cirugía más procedimientos adicionales en caso de que fueran necesarios una vez el juicio profesional indique los mismos. Eso podría incluir extracción de la pieza dental por tner una prognosis muy pobre.

Algunos riesgos del procedimiento incluye, perio no se limitan a:

1. Podría quedarse alguna porción de la raíz retenida en el hueso si la remoción de la misma necesitara una cirugía muy extensa o peligrosa. Muchas veces es mejor detener el procedimiento, antes de complicar la situación aun más.
2. Podría haber dolor, sangramiento (sangría o hemorragia), hinchazón y/o molestias que requerirían descanso en el hogar para recuperación adecuada por un par de días.
3. Hematomas en los tejidos adyacentes o alrededor del área del procedimiento como la lengua, labios, mejillas.
4. Daño a dientes y/o tejidos adyacentes.
5. Adormecimiento (parestesia) a los labios, mejillas, encías, lengua, etc.
6. Infecciones
7. Fracturas de la mandibular, maxila o plato bucal.
8. Perforación en el diente o del seno maxilar (cámara o espacio debajo de los pómulos) que requiera procedimientos adicionales para sepáralos.
9. Perdida de restauraciones o rellenos dentales.
10. Inhalación o aspiración de algún instrumento o restauración suelta.
11. Restricción de apertura de la boca a su máxima extensión por algunos días debido a hinchazón, espasmos musculares, dolor o cualquier otra razón que estreche demasiado los músculos de masticación o faciales.

Este procedimiento normalmente se hace con anestésicos locales los cuales son considerados altamente seguros. Sin embargo, en raras ocasiones pueden desarrollarse reacciones alérgicas, palpitaciones o reacciones poco comunes en algunos pacientes. De modo que podía haber reacciones adversas de la drogas tales como alergias, palpitaciones irregulares, mareos, nauseas y vómitos. En caso de que se utilicen otras drogas como sedantes y/ o tranquilizantes (ej. Valium, Halción, ext.), otras reacciones podrían esperarse también.

Hago constar que he dado un historial médico los mas preciso posible, incluyendo diagnósticos de enfermedades presentes y pasadas, medicamentos y experiencias de reacciones de la misma si así fuera el caso.

También hago constar que soy responsable de cubrir los honorarios que correspondan si no tengo seguro dental y/o de los correspondientes deducibles si los hubiera.

Se me ha explicado que no hay garantías que el **Dr. Iván E. Rodríguez, Dr. Victor Luikham** o **Dr. Ernesto G. Treviño** me han contestado las preguntas a mi entera satisfacción.

Por lo tanto autorizo al **Dr. Iván E. Rodríguez, Dr. Victor Luikham, and/or Dr. Ernesto G. Treviño** a efectuar el procedimiento arriba descrito.

_____ _____

Firma del paciente

Fecha _____

Padre (o encargado legal del menor)

Fecha _____

_____ _____

Firma del Doctor

Fecha _____

Firma del testigo

Fecha _____

**BP:** _____ **Pulse:** _____ **SPO2:**_____