

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE APICOGÉNESIS

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
Ley General de Salud N° 26842 .RD N°/2020/INSNSB)

**Sub Unidad de Atención Integral Especializada del Paciente de Especialidades Quirúrgicas-
Odontología**

PROCEDIMIENTO DE APICOGÉNESIS O APEXOGÉNESIS - CPMS: D3222

Diagnóstico:

Pulpitis reversible – Piezas _____ Total ____ piezas

Pulpitis irreversible – Piezas _____ Total ____ piezas

Otros diagnósticos _____ Total ____ piezas

Descripción del Procedimiento (Apicogénesis)

Es el retiro parcial de la pulpa viva (generalmente la parte coronaria o cameral) en dientes que aún no terminaron de completar el crecimiento radicular, bajo anestesia local, complementada con la aplicación de fármacos que, protegiendo y estimulando la pulpa residual, favorecen su cicatrización, y la conservación de la vitalidad pulpar para el cierre del ápice y el aumento del espesor de las paredes de la raíz en un tiempo aproximado de 1 a 2 años, dependiendo del momento en que se hace el procedimiento.

Objetivos del Procedimiento:

Mantener la vitalidad de la pulpa radicular remanente que a su vez promoverá la continuación del desarrollo apical de la raíz y posterior tratamiento de endodoncia.

Beneficios Esperados:

- Ausencia de dolor.
- Restablecer la función estética y masticatoria.
- Conservar pieza dentaria en boca.
- Mejorar la relación corono radicular de la pieza dentaria.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes:

- Paciente no acude a controles trimestrales.
- Desprendimiento de material restaurador y posterior filtración de bacterias.
- Falta de desarrollo radicular.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:

- Pulpitis irreversible.
- Necrosis pulpar.
- Reabsorción interna y externa.

Consecuencias previsibles de la NO realización del procedimiento y/o intervención quirúrgica:

- Dolor constante.
- Presencia de absceso de cavidad oral o cervical.
- Pérdida de pieza dentaria.



Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo:

- Extracción de pieza dentaria.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente:

- Reacción alérgica algún componente de la anestesia dental.
- Reacción alérgica algún material empleado en el tratamiento pulpar.

Pronóstico: Bueno () Malo () Reservado ()

Recomendaciones/Observaciones:

- Cumplir con los cuidados orales establecidos por el especialista.
- Cumplir con las citas y controles establecidos por el especialista.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (),
Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la)
paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI
N° _____, Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Cirujano Dentista _____ con COP N° _____, y RNE
N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la
realización del **Procedimiento de Apicogénesis**, sobre el cual he sido informado. Así mismo he
comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.

Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el Procedimiento de apicogénesis ()



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

San Borja, dedel 20.....
Hora: ... : ... horas

**Firma del Cirujano Dentista
Responsable**

COP N° _____
RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (),
Pasaporte () N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la)
paciente _____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____,
Historia Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento**
firmado en fecha _____ para la realización del **Procedimiento de apicogénesis**, y asumo las
consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.



Huella Digital

Firma del Representante Legal

Nombre _____
DNI N° _____

San Borja, dedel 20.....
Hora: ... : ... horas

**Firma del Cirujano Dentista
Responsable**

COP N° _____
RNE _____