

Consentimiento de Anestesia

Comprendo que el propósito de este consentimiento es para informarme de las opciones y los riesgos involucrados con el tratamiento dental bajo anestesia. Me han informado de esto para poder tomar decisiones en relación al tratamiento. Las opciones de anestesia son determinados de caso a caso. Las opciones son: anestesia local, sedación intravenosa(consciente) y anestesia general(inconsciente).

Yo autorizo y pido que el Dr. Lenny Naftalin DDS o la Dra. Mona Eremita MD realicen la anestesia que me han explicado y cualquier otro procedimiento que el/la Doctor/a crea necesario o recomendable. Le doy consentimiento y autorización, y pido la administración de tal anestésico(s) (de local a general) de la manera que sea conveniente para el Dr. Naftalin o la Dra. Eremita quien son contratista independientes. Entiendo que el Dr. Naftalin o la Dra. Eremita estará encargado completamente de la administración y mantenimiento de la anestesia y que esto es independiente del tratamiento dental. Yo comprendo que el Dr. Naftalin o la Dra. Eremita no es responsable por el tratamiento dental que ha sido diagnosticado, o recomendado.

He sido informado y entiendo que en veces hay complicaciones relacionadas con la anestesia. Estas incluyen pero no son limitadas a: dolor, sangramiento, entumecimiento, inflamación, náusea, vómito, dilación en recuperación, reacción alérgica, cambios de respiración, presión y latido del corazón. También comprendo y acepto que existe la posibilidad(extrema) que puede ocurrir alguna complicación o riesgo de vida o muerte que pueda requerir hospitalización. Los efectos secundarios mas frecuente son mareos, náusea, adormecimiento, vómito, o flebitis.

También me han informado que varios pacientes permanecen adormecidos después del tratamiento por el día restante. Como los anestésicos y otros medicamentos pueden causar adormecimiento y falta de coordinación, me han informado que es necesario que supervise directamente a mi hijo(a) por 24 horas después del tratamiento.

Yo reconozco que hay indicaciones previas de ayunar y confirmo que han sido obedecidas. Confirmo que el paciente no ha ingerido alimentos por 8 horas antes del día de la cita. La única excepción a las indicaciones son líquidos sin pulpa que pueden ser ingeridos 2 horas antes de la cita.

He sido informado en su totalidad y comprendo las alternativas a sedación intravenosa y anestesia general. Acepto los posibles riesgos y consecuencias. Reconozco que he recibido indicaciones previas y que comprendo las instrucciones antes y después del tratamiento. Sí me ha explicado y acepto que no hay garantía de los resultados y/o remedio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas en referencia a la anestesia de mi hijo/a y estoy satisfecho con la información que me han dado.

La administración y supervisión de la anestesia general pueden variar dependiendo del tipo de procedimiento, el tipo de profesional, la edad y salud del paciente y el entorno en que se suministra la anestesia. Los riesgos varían con cada situación concreta. Le animamos a explorar todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo/hija para su tratamiento dental, consulte con su dentista o pediatra si es necesario.

Nombre del padre/madre en letra de molde

Testigo

Firma del padre/madre

Fecha

Relación al paciente

Historia clínica

Nombre: _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección: _____
Número y Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____
Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Si el paciente es menor de edad: Padre: _____ Madre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____

En las siguientes preguntas Marque Sí o NO lo que se aplica. Sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales.

1. Se encuentra en buena salud?----- Sí No
2. Ha habido ningún cambio en su salud en general con el año pasado?----- Sí No
3. Mi último examen médico fue _____
4. ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico?----- Sí No
5. En caso afirmativo ¿cuál es la condición _____
 - a. El nombre del médico _____ Teléfono # _____
6. ¿Ha tenido cualquier operación o enfermedad grave requiere hospitalización?----- Sí No
 - a. En caso afirmativo qué y cuándo fue la enfermedad u operación _____
7. ¿Tienes alguna de las siguientes enfermedades o problemas
 - a. Las válvulas del corazón dañadas o válvulas cardíacas artificiales-----Sí No
 - b. Defectos cardíacos congénitos o soplo-----Sí No
 - c. Enfermedades cardiovasculares: problemas de corazón, infarto, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arteriosclerosis o hipertensión (presión alta).----- Sí No
- i. Tiene dolor en el pecho el ejercicio?----- Sí No
- ii. Eres alguna vez dificultad para respirar después de hacer ejercicio suave?----- Sí No
- iii. Se hinchan los tobillos?----- Sí No
- iv. Te falta el aliento cuando se acuesta?----- Sí No
- v. Tienes un marcapasos?----- Sí No
- vi. Tienes un corazón de arritmia o irregular beat? ----- Sí No
 - d. Le nunca han dicho que necesita tomar antibióticos antes tratamiento dental?----- Sí No
 - e. Embolia?----- Sí No
 - f. Problemas del Sinus?----- Sí No
 - g. Asma?----- Sí No
 - h. Rinitis alérgica, urticaria, erupciones en la piel?----- Sí No
 - i. Convulsiones?----- Sí No
 - j. Diabetes?----- Sí No
 - k. Enfermedad de hepatitis, ictericia o hígado?----- Sí No
 - l. Artritis o reumatismo inflamatorio?----- Sí No
 - m. Ulceras Estomacales?----- Sí No
 - n. Reflujo esofágico?----- Sí No
 - o. Enfermedades del Riñón?----- Sí No
 - p. Tuberculosis o tos persistente?----- Sí No
 - q. Baja la presión arterial?----- Sí No
 - r. Enfermedades venéreas?----- Sí No
 - s. Tratamiento psicológico?----- Sí No
 - t. ¿Tienes una historia de alcoholismo o fármaco dependencia?----- Sí No
8. ¿Ha tomado alguna droga "recreativa" en el año pasado como cocaína, crack, marihuana?----- Sí No
 - a. Si sí ¿qué? _____ Cuando? _____
9. Fuma?----- Sí No
 - a. En caso afirmativo ¿cuánto? _____ Cuántos años? _____
10. En promedio la cantidad de alcohol bebe por semana? _____

11. Hacer sangrar fácilmente, contusión fácil o han tenido sangrado anormal después de la cirugía?--- Sí No
12. ¿Tienes algún desorden de la sangre como la anemia?----- Sí No
13. ¿Ha tenido alguna cirugía o rayos x tratamiento por un tumor, quiste, crecimiento u otra condición
En su cabeza o cuello ?----- Sí No
14. ¿Es usted alérgico a alimentos o medicamentos?----- Sí No
 - a. Por favor enumerar y describir la reacción _____

15. Haga una lista de todos los medicamentos que usted toma, incluyendo sobre el mostrador y medicamentos herbales

16. Haga una lista de cualquier cirugía y o anestésicos que ha tenido y la

_____ dates _____

17. Cualquier pariente de sangre tiene cualquier reacción adversa a cualquier anestésicos?-- -----Sí No

18. ¿Tienes alguna enfermedad, condición o problema no aparece?-----Sí No

Mujeres

19. Esta Embarazada?----- Sí No

20. ¿Tienes problemas asociados con la menstruación usted?----- Sí No

21. ¿Eres una madre lactante?----- Sí No

Creo entender la retención de cualquier información sobre mi salud pude comprometer seriamente mi seguridad. He revisado cuidadosamente esta historia de salud y han respondido todas las preguntas sinceramente a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente (o tutor)

Fecha

S: HPI:

ROS: HEENT:

Cardiac:

Pulm:

Liver:

Kidney:

Endo:

Neuro:

Meds

Aller:

SX/ Anest

SH:

O: Gen:

Wt.

BP:

HR:

S pO2

HEENT

Heart:

Lungs:

A: ASA _____

P: