

The New River Dental Center, PC
300 New River Pkwy, Ste 1
Hardeeville, SC 29927

Formulario de Consentimiento Informado: Sedación consciente oral

El propósito de este documento es para proveer la oportunidad al padre o al guardián legal responsable del menor para entender más acerca del tratamiento y autorizar la sedación consciente oral en el menor juntamente con el resto de su tratamiento dental.

El padre o guardián legal deberán poner su inicial después de cada artículo y después de haber firmado tendrá la oportunidad de hacer cualquier pregunta acerca del tratamiento.

_____ 1. Entiendo que el propósito de la sedación consciente oral es para poder lograr que a través de una sedación mínima y moderada el paciente pueda recibir su tratamiento dental con más tranquilidad. Entiendo que hay algunos riesgos y limitaciones en cuanto a la sedación consciente oral.

_____ 2. Entiendo que la sedación consciente oral es un sedante donde el paciente se encontrara sedado. Estará un poco menos consciente de lo que pasara, pero siempre tendrá la habilidad de responder a los estímulos. **La meta de la sedación no es poner el paciente a dormir.** Sin embargo, a veces el paciente se puede relajar tanto que puede quedarse dormido durante el tratamiento. El paciente recobrara su habilidad de responder normal una vez que se hayan ido los efectos del sedante.

_____ 3. Entiendo que el sedante del paciente será administrado oralmente. El paciente deberá tomarse el sedante al principio de la cita. Los efectos del sedante pueden durar de 3 a 12 horas.

_____ 4. Entiendo que existen las alternativas para la sedación consciente oral.

A: No hacer ningún tratamiento en el paciente. Si usted decide tomar esta ruta, la condición dental del paciente puede empeorar.

B: Referir al paciente a otro dentista.

_____ 5. Entiendo que debo notificar al doctor acerca de la salud mental y física del paciente. Incluyendo alergias o sensibilidad a cualquier medicamento. También deberé notificar al doctor si el paciente actualmente toma medicamentos.

_____ 6. Entiendo que para que la sedación consciente oral pueda ser segura, **deberé estar presente en la oficina y no me puedo ir hasta que la dentista haya acabado el tratamiento dental.** Si durante el procedimiento existe un cambio en el tratamiento, el staff me avisara con tiempo para así poder dar consentimiento para realizarlo.

_____ 7. Confirмо que recibí instrucciones verbales antes de la cita de sedación consciente oral.

_____ 8. Confirмо que es sumamente importante que el paciente no haya ingerido bebida ni alimento al menos 6 horas antes de la cita. Entiendo que si el paciente ha ingerido algo, y no informo al dentista, las reacciones secundarias del tratamiento serán mi responsabilidad.

_____ 9. Confirmo que he tenido la oportunidad de discutir cualquier pregunta o duda que tengo acerca de la sedación consciente oral. Confirmo también que debo seguir todas las instrucciones recomendadas por el dentista para el bienestar del paciente.

_____ **10. Confirmo que solo el personal de The New River Dental Center,PC podrán estar en el operatorio con el paciente durante la cita de modo que el dentista pueda brindarle la mejor atención al paciente. Confirmo que deberé esperar en la recepción, y entiendo que estas medidas son tomadas por la seguridad y bienestar del paciente.**

_____ 11. Entiendo que equipo de estabilización y protección pueden ser usados con el paciente tales como una tabla papoose para brindar soporte o un bloque de goma para la mordida del paciente. Entiendo que este equipo le permite al doctor trabajar cómodamente con el paciente asegurando la comodidad del paciente.

_____ 12. Entiendo que alguien me llamara 24-48 horas antes de mi cita. Entiendo que hay otros pacientes que están en lista de espera para poder recibir la misma atención que el paciente. Entiendo que es muy importante cancelar mi cita con 24 horas de anticipación si no podre asistir a la cita. Mi número de teléfono es al que me pueden contactar es:

Número de teléfono del padre o guardián

Soy el padre o guardián legal y de este modo autorizo la sedación consciente oral en el paciente juntamente con el demás tratamiento dental que necesita.

En referente al paciente, yo voluntariamente autorizo a la doctora Andrea Grant-Guess y a sus asistentes poder utilizar sedantes para poder desarrollar el trabajo necesario en el paciente.

Midazolam (oral)
Hydroxyzine (oral)

Nombre del paciente

Nombre del padre o guardián legal

Firma del padre o guardián legal

Fecha del día de hoy