



Querido Paciente,

Bienvenido, su dentista ha recomendado que su tratamiento dental sea bajo sedación intravenosa/anestesia general que debe ser administrada por un Médico Anestesiólogo.

Los medicamentos usados le permitirán dormir durante el procedimiento de manera segura, controlada y monitoreada así le permitirá al dentista proporcionar tratamiento dental de máxima calidad.

Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para compartir con usted los servicios que nosotros brindamos que le permitirá tener una experiencia positiva durante su tratamiento dental. Nuestra misión es proveer los estándares más altos para la seguridad y cuidado, en la comodidad, conveniencia en un entorno familiar del consultorio de su dentista.

Antes de programar la cita para su sedación, deberá completar los siguientes formularios y devolverlos a la oficina dental o por vía fax. También tenemos la opción de registración en línea www.oralurgeryanesthesiaassociates.com.

Utilice la información del paciente para hacerlo.

- Historia médica
- Instrucciones y consentimientos Preoperatorios/Postoperatorios
- Acuerdo financiero (Por Separdo)

Por favor tómese el tiempo de revisar los formularios adjuntos, firmar y poner la fecha en cada uno de ellos y enviarlos ya sea vía fax, correo electrónico o dirección postal a nuestra oficina.

Debido al extenso tiempo, esfuerzo y coordinación necesario para programar su cita, generalmente requerimos un depósito y el pago con su dentista antes de agendar su cita. Por favor póngase en contacto con nuestra oficina para organizar el pago, así como con el dentista para confirmar el proceso.

- Le pedimos que use pantalones holgados y cómodos y una camisa de manga corta.
- Traer una muda de ropa adicional.
- Traer una cobija o manta cliente.
- **No puede comer o tomar nada 8 (ocho) horas antes de cita al menos que se le indique lo contrario. !!!**
- **Puede ingerir solamente líquidos claros (agua/sprite/jugo de manzana) hasta 4 horas antes, pero NADA después de eso, en caso de que el procedimiento este programado para el después de las 12 del mediodía.**

El día del tratamiento, uno de los anestesiólogos certificados por la junta de OSAA estará monitoreando su frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, respiraciones y temperatura corporal.

Se le proporcionará un suero intravenoso por el cual se le administrarán los medicamentos según sea necesario para mantenerlo cómodo, sin dolor y dormido durante todo el procedimiento dental.

Los adultos acompañantes (cónyuge / amigos) permanecerán en el área de recepción durante todo el tratamiento. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con nuestra oficina o con el consultorio de su dentista pediátrico. Esperamos poder atender sus necesidades de anestesia con la más alta calidad de atención y seguridad.

Sinceramente,

Stanford R. Plavin MD



FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA PEDIATRICO

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento ___ / ___ / _____ Edad: _____ Peso: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono residencial: (_____) _____ Móvil (_____) _____

Nombre de La Oficina Dental: _____

Mencione todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Tiene alguna alergia a medicamentos o alientos (huevo/soya)? Si/No. Si la respuesta es sí, especifique _____

1. ¿Está el paciente en buen estado de salud? _____ Si/No
2. ¿Está el paciente bajo el cuidado de un pediatra? _____ Si/No
3. ¿Ha tenido el paciente alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 6 meses? _____ Si/No
4. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o complicaciones cardíacas?
 - ¿Defectos cardíacos congénitos o soplos? _____ Si /No
 - ¿Válvulas cardíacas dañadas, malfuncionamiento de válvulas cardíacas o válvulas cardíacas artificiales? _____ Si/No
 - ¿Arritmias o latidos cardíacos irregulares? _____ Si/No
 - ¿Comunicación interventricular o comunicación interauricular? _____ Si/No
5. ¿Tiene o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes complicaciones cardiovasculares?
 - ¿Dolor en el pecho al hacer fuerza? _____ Si/No
 - ¿Dificultad para respirar después de un ejercicio leve o al acostarse? _____ Si/No
 - Derrame Cerebral _____ Si/No
 - ¿Presión arterial alta? _____ Si/No
 - Otro _____ Si/No
 - ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o complicaciones pulmonares?
 - ¿Síntomas actuales de resfriado o gripe? _____ Si/No
 - ¿Problemas crónicos de los senos paranasales alergias estacionales, tos crónica? _____ Si/No
 - ¿Bronquitis, neumonía, enfisema, tuberculosis? _____ Si/No
 - ¿Asma o enfermedad reactiva de las vías respiratorias? _____ Si/No
6. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o complicaciones?
 - ¿Diabetes? _____ Si/No
 - ¿Enfermedad de la tiroides? _____ Si /No
 - ¿Enfermedad de los riñones? _____ Si /No
 - ¿Enfermedad hepática (hepatitis o ictericia)? _____ Si /No
 - ¿Problemas estomacales (úlceras, exceso de ácido estomacal con ardor de estómago, diarrea persistente y/o pérdida de peso)? Si /No
 - ¿Artritis, articulaciones y ganglios linfáticos inflamados y dolorosos? _____ Si /No
 - ¿Convulsiones (epilepsia), desmayos u otros problemas neurológicos? _____ Si /No
 - ¿Retraso mental, autismo o cualquier otro problema con la salud mental? _____ Si /No
 - Ansiedad o depresión _____ Si /No
 - Antecedentes de nacimiento prematuro _____ Si /No
7. ¿Se le hacen hematomas fácilmente o alguna vez le han diagnosticado un trastorno hemorrágico? _____ Si /No
8. ¿Tiene algún trastorno sanguíneo como anemia o anemia de células falciformes?? _____ Si /No
9. ¿Pasó mucho tiempo en una unidad de cuidados intensivos neonatales? _____ Si /No
 - ¿Estuvo el paciente intubado durante un período prolongado de tiempo? _____ Si /No
 - ¿Fue dado de alta con oxígeno? _____ Si /No
10. ¿Alguna vez usted o algún pariente directo ha tenido una mala reacción a la anestesia? _____ Si /No
11. ¿Tiene alguna enfermedad, condición o complicación no mencionada anteriormente? _____ Si/No
12. Si su respuesta es Si, por favor explique: _____

SIGNED BY PARENT/GUARDIAN _____ DATE _____



INSTRUCCIONES PREVIAS A LA ANESTESIA

Comer y Tomar

Es extremadamente importante que los pacientes tengan el estómago vacío. El vómito del contenido estomacal durante la anestesia es potencialmente mortal. Por esta razón, los adultos deben cuidar de que el paciente no puede comer o beber nada ocho (8) horas antes de su cita programada. **Los niños NO deben tomar ningún alimento sólido/leche materna durante 8 horas antes de la cirugía. Los líquidos claros ESTÁN permitidos 3 horas antes de la cirugía NADA DESPUÉS DE ESE TIEMPO. Un padre debe supervisar a los niños el día de la cita. No deje a su hijo desatendido ni lo envíe a la escuela / guardería el día de la cirugía.**

Cambios en su estado de Salud

Cualquier cambio en la salud, especialmente el desarrollo de un resfriado, tos, gripe los padres deben supervisar a los niños el día de la cita. No deje a su hijo desatendido o envíe a su hijo a la escuela / fiebre diurna (durante el día) es información extremadamente importante para el anesthesiólogo. Por favor, notifique a nuestra oficina inmediatamente si hay algún cambio en su salud o la salud de su hijo.

Medicamentos

Los medicamentos recetados deben tomarse según lo programado, solo con un sorbo de agua, a menos que el anesthesiólogo los discuta previamente con el padre o guardián.

Drogas Ilícitas (SI APLICA)

Estudios han reportado que el uso de "drogas ilícitas" (marihuana, cocaína, anfetaminas, etc.) mezclado con un anestésico puede resultar en complicaciones graves, incluida la muerte. Por lo tanto, las drogas ilícitas están estrictamente prohibidas durante varias semanas antes de cualquier anestésico.

Atuendo y Lentes de Contacto

Le recomendamos manga corta, pantalones holgados y zapatos cómodos. No use maquillaje, esmalte de uñas ni pestañas postizas. Lentes de contacto deben retirarse antes de la anestesia. Por favor, deje todos los objetos de valor en casa. Para los niños, traiga una muda de ropa y una cobija o manta. Si es posible, haga que su hijo use un pañal.

Conductor Designado

Un adulto responsable debe acompañar al paciente a la oficina y permanecer durante el procedimiento. No se le permitirá salir en taxi o autobús. Haga los arreglos necesarios para que un adulto responsable pase el resto del día con usted. No planeee operar ningún equipo durante veinticuatro (24) horas después de la anestesia.

Preguntas

Antes de su cita, uno de los anesthesiólogos se comunicará con usted para discutir su anestesia y responder cualquier pregunta que pueda tener. El incumplimiento de estas instrucciones podría resultar en la cancelación de su cita y la pérdida de su depósito.

_____ Iniciales

INSTRUCCIONES POSTERIORES A LA ANESTESIA

Comer, tomar y fumar

Limite la ingesta oral a líquidos durante las primeras horas. Comience con agua y siga con líquidos dulces como bebidas deportivas, jugos claros y refrescos según lo tolere. Si le extrajeron dientes, no use sorbetos (pajilla o popotes). Los alimentos sólidos se pueden consumir después de los líquidos según lo tolerado. Los alimentos blandos que sugerimos son huevos revueltos, puré de manzana, yogur, puré de papas y sopas. Si su hijo no tiene hambre, no lo obligue a comer, sino que motíVELO a consumir tanto líquido como lo tolere. Definitivamente no consuma bebidas alcohólicas y no fumar durante 24 horas después de la anestesia.

Actividades

No conduzca y/o realice actividad física de nivel moderado a alto durante 24 horas o hasta que los efectos del anestésico hayan disminuido por completo. El juicio y raciocinio también puede verse afectado durante este tiempo, así que evite tomar decisiones importantes. Para los niños, no les permita nadar, andar en bicicleta, patinar o jugar con otros niños hasta que se recuperen por completo.

Dolor y Fiebre

Los dolores musculares y el dolor de garganta pueden ocurrir de manera similar a síntomas de la gripe después de la anestesia. Estos síntomas son muy comunes y generalmente desaparecerán dentro de las 24 a 36 horas. Los medicamentos como Tylenol y Advil suelen ser muy efectivos y deben tomarse a la primera señal de dolor, si normalmente son tolerados por el paciente. Para los niños, se puede desarrollar fiebre de hasta 101 grados Fahrenheit durante las primeras 12 horas. Tylenol Elixir cada 3 a 4 horas con abundantes líquidos tiende a aliviar esta condición, así como a tratar cualquier molestia postoperatoria.

Busque Ayuda (Si es necesario)

Si el síntoma de vómito ocurre y persiste más allá de las 5 horas, si la temperatura permanece elevada (101 grados Fahrenheit) más allá de las 24 horas, o si tiene otras preocupaciones graves después de la anestesia, comuníquese con: El consultorio de su dentista: en caso de una emergencia médica grave, llame al 911.

_____ **Iniciales**

HE LEÍDO, ENTENDIDO Y RECIBIDO UNA COPIA DE LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES:

FIRMA _____

FECHA: _____



CONSENTIMIENTO INFORMATIONS ANESTESIOLOGIA

Las siguientes pautas se proporciona para informar a los pacientes y / o padres de niños menores de edad de las opciones y riesgos involucrados con el tratamiento dental bajo sedación intravenosa/anestesia general. Esta información no se presenta para hacer que los pacientes, padres o tutores legales sean más aprensivos, sino para permitirles estar mejor informados sobre su tratamiento. Básicamente, hay cuatro opciones para la anestesia: anestesia local, sedación consciente, sedación profunda, anestesia general y/o ninguna anestesia. Estos se pueden administrar de manera segura en una oficina, centro de cirugía u hospital.

Entiendo que los efectos secundarios más frecuentes de cualquier anestesia son somnolencia, náuseas, vómitos y flebitis (inflamación de las venas después de la colocación del suero intravenoso) La inflamación generalmente se resuelve con aplicación de paños húmedos, sin embargo, la sensibilidad y un bulto duro pueden estar presentes hasta un año. La mayoría de los pacientes permanecen somnolientos o somnolientos después de su cirugía por el resto del día. Como resultado, la coordinación y el juicio se verán afectados durante 24 horas. Es recomendable que los adultos se abstengan de actividades como conducir, y los niños permanezcan en presencia de un adulto responsable durante este período. Las náuseas y los vómitos después de la anestesia ocurrirán aproximadamente en el 10% - 15% de los pacientes. **INICIALES** _____

He sido informado y entiendo que en raras ocasiones ocurren complicaciones relacionadas con la anestesia que pueden incluir dolor, hematoma, entumecimiento, infección, hinchazón, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacción alérgica y neumonía, entre otras. Además, reconozco, entiendo y acepto la posibilidad extremadamente remota de que las complicaciones puedan requerir hospitalización y / o resultar en daño cerebral, ataque cardíaco o muerte. Se me ha informado y he concientizado de que los riesgos asociados con la anestesia local, la sedación consciente y los anestésicos generales varían. De las tres opciones de anestesia, la anestesia local generalmente se considera que tiene el menor riesgo, y la anestesia general el mayor riesgo. **INICIALES** _____

Entiendo que los anestésicos, medicamentos y drogas pueden ser perjudiciales para el feto y pueden causar defectos de nacimiento o aborto espontáneo. Reconociendo estos riesgos, acepto totalmente la responsabilidad de informar al anesthesiólogo y al dentista de la posibilidad de estar embarazada o un embarazo confirmado con el entendimiento de que esto requerirá el aplazamiento de la anestesia. Por la misma razón, entiendo que debo informar al anesthesiólogo si soy una madre lactante. **INICIALES** _____

Dado que los medicamentos, drogas, anestésicos y recetas pueden causar somnolencia e incoordinación motora, se me ha aconsejado que no use alcohol u otras drogas durante 24 horas. Además, se me ha aconsejado que no tome ninguna decisión importante, ni opere ningún vehículo y / o maquinaria pesada durante al menos 24 horas hasta que se recupere completamente de los efectos del anestésico, los sedantes y los medicamentos que se me han administrado a mí o a mi hijo. Se me ha informado de la necesidad de la supervisión directa "uno a uno" de los padres de mi hijo durante veinticuatro horas después de su anestesia. **INICIALES** _____

Por la presente autorizo y solicito al anesthesiólogo tratante de **Oral Surgery Anesthesia Associates LLC** para realizar la anestesia como se me explicó anteriormente, y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o aconsejable como resultante de la anestesia planificada. Consiento, autorizo y solicito la administración de dicho sedante o anestésico (local to general) por cualquier vía que el anesthesiólogo considere adecuada, que es un contratista y consultor independiente. Esta bajo todo el entendimiento que el anesthesiólogo tendrá el cargo completo de la administración y el mantenimiento de la anestesia y esta es una función independiente de la cirugía /tratamiento odontológico. Además, se entiende que el anesthesiólogo no asume ninguna responsabilidad por la cirugía/tratamiento odontológico realizado bajo anestesia y que el dentista no asume ninguna responsabilidad por la anestesia.

INICIALES _____

He sido informado en detalle y entiendo completamente las alternativas entre la sedación consciente y la anestesia general. Acepto los posibles riesgos, efectos secundarios, complicaciones y consecuencias de la anestesia. He recibido y entiendo las instrucciones de anestesia preoperatoria y postoperatoria. Se me ha explicado y entiendo que no hay ni es garantizado en cuanto a ningún resultado y / o cura. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi anestesia o la de mi hijo, y estoy satisfecho con la información que me proporcionó. También se entiende que los servicios de anestesia son completamente independientes del procedimiento del dentista.

INICIALES _____

Doy mi consentimiento para la toma de fotografías y / o video durante el procedimiento únicamente para uso educativo: Sí ____ NO ____ He leído, entiendo el consentimiento para la anestesia y he tenido la oportunidad de responder a todas mis preguntas sobre los riesgos y beneficios de la anestesia.

Firma _____
(Consentimiento para ser firmado por el paciente, padre o tutor legal)

Fecha ____/____/____

Nombre Del padre o tutor legal _____

Testigo _____

Nombre Del Paciente _____