

# CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Este consentimiento es para informar al paciente o persona responsable del paciente acerca de las opciones y riesgos que se presentan bajo tratamiento con anestesia general y/o sedacion intravenosa. El proposito de esta informacion es para clarificar este tipo de tratamiento.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que cualquier tratamiento dental se puede llevar a cabo de las siguientes maneras: con anestesia local, sedacion conciente, anestesia general o sin usar nada. Estas formas de tratamiento se aplican dependiendo de las necesidades individuales de cada paciente. Anestesia general tiene el riesgo mas grande comparado con las otras alternativas. El tratamiento se puede realizar en un hospital; en un centro quirurgico ambulatorio o en una oficina dental.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que ocasionalmente hay complicaciones durante procedimientos bajo anestesia. **Los reacciones menores incluyendo pero no limitando a: irritacion vascular, nausea y/o vomito, moreton, recuperacion despacio y, los reacciones mayores incluyendo pero no limitando a: alergias a la medicina, contraccion de los cuerdos vocales, y depresion a respirar.**

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que las medicinas, anestesicos y drogas de prescripcion pueden causar mareo y perdida de la coordinacion que puede ser incrementada con el uso de otras medicinas alcohol o drogas ilegales. Yo he sido advertido de no poder manejar ningun vehiculo o maquinaria por lo menos por 24 horas despues o hasta a ver recuperado completamente de los efectos de la anestesia general y/o sedacion intravenosa. Yo he sido advertido de no poder tomar ninguna decision importante hasta no haberme recuperado de los efectos de la anestesia general y/o sedacion. Los padres de los ninos que se sometan a sedacion y/o anestesia general se les advierte de que deben supervisar a sus hijos por 24 horas despues del procedimiento.

\_\_\_\_\_ (SOLO MUJERES) Yo entiendo que los anestesicos y las medicinas pueden ser daninos para el feto y pueden causar defectos al bebe o causar aborto espontaneo. Reconociendo estos riesgos yo acepto con responsabilidad total el informar a la anesthesiologo de la posibilidad de estar embarazada entendiendo que en dado caso el procedimiento se debe de posponer. Por la misma razon debo informar al anesthesiologo si estoy dando pecho a un bebe.

\_\_\_\_\_ Yo he sido completamente informado(a) y entiendo completamente las alternativas y los beneficios de anestesia general y/o sedacion intravenosa y acepto los posibles riesgos y beneficios. Se me explico y entendi de que no hay garantias de ningun tipo en cuanto al procedimiento de anestesia general y/o sedacion intravenosa. Yo he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes a la anestesia general y/o sedacion intravenosa que recibira mi hijo(a) o yo estoy satisfecho(a) con las respuestas e informacion que se me han dado. Tambien entiendo que los servicios de anestesia general y/o de sedacion intravenosa son completamente independientes del trabajo dental realizado por el dentista. El anesthesiologo no toma responsabilidad por los procedimientos dentales realizados por el dentista durante la anestesia general y/o sedacion intravenosa, y el dentista no toma responsabilidad por la anestesia general y/o sedacion intravenosa.

\_\_\_\_\_ Yo autorizo y solicito a la doctora Mai-Phuong Huynh, D.D.S. a realizar el procedimiento de anestesia general y/o sedacion intravenosa, como se me ha explicado y/o cualquier otro procedimiento necesario de rutina y de protocolo aplicado al procedimiento de anestesia y/o sedacion. Yo autorizo y solicito emplear las medidas necesarias de protocolo para realizar el procedimiento de anestesia general y/o sedacion intravenosa por la ruta de administracion que se necesaria. Entiendo que la doctora es una consultora y trabaja independientemente y que la estara a cargo total de la administracion de la anestesia general y/o sedacion intravenosa y que esto es una funcion independiente de el procedimiento dental y/o cirugia.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TRADUCTOR

Mai-Phuong Huynh, DDS  
NOMBRE DEL INFORMANTE EL LETRA DE MOLDE



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INFORMANTE



\_\_\_\_\_  
PARENTESCO DEL REPRESENTANTE DE/DE LA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
HORA