

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

Se proporciona lo siguiente para informar a los pacientes y / o padres de niños menores de edad sobre las opciones y los riesgos relacionados con el tratamiento dental bajo anestesia. Esta información no se presenta para que los pacientes, padres o tutores legales se sientan más aprensivos, sino para permitirles estar mejor informados sobre su tratamiento. Básicamente, hay cuatro opciones para la anestesia: anestesia local, sedación consciente, anestesia general y / o sin anestesia. Estos se pueden administrar de forma segura en un consultorio, un centro quirúrgico o en un hospital.

Entiendo que los efectos secundarios más frecuentes de cualquier anestesia son somnolencia, náuseas / vómitos y flebitis. La mayoría de los pacientes permanecen somnolientos o somnolientos después de la cirugía durante el resto del día. Como resultado, la coordinación y el juicio se verán afectados por hasta 24 horas. Se recomienda que los que los niños permanezcan en presencia de un adulto responsable durante este período. Las náuseas y los vómitos después de la anestesia ocurrirán en aproximadamente el 10 -15% de los pacientes. La flebitis es una respuesta inflamatoria elevada, sensible y endurecida en el sitio intravenoso. La inflamación generalmente se resuelve con la aplicación local de calor húmedo y tibio; sin embargo, puede haber dolor a la palpación y un bulto duro hasta por un año.

Se me ha informado y entiendo que en raras ocasiones las complicaciones relacionadas con la anestesia incluyen, entre otras: dolor, hematoma, entumecimiento, infección, hinchazón, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacción alérgica y neumonía. Además, reconozco, entiendo y acepto la posibilidad extremadamente remota de que las complicaciones requieran hospitalización y / o resulten en daño cerebral, ataque cardíaco o muerte. Me han informado que los riesgos asociados con la anestesia local, la sedación consciente y la anestesia general varían. De las tres opciones de anestesia, generalmente se considera que la anestesia local tiene el menor riesgo y la anestesia general el mayor riesgo.

Entiendo que los anestésicos, los medicamentos y las drogas pueden ser dañinos para el feto y pueden causar defectos de nacimiento o abortos espontáneos. Reconociendo estos riesgos, acepto toda la responsabilidad de informar al anesthesiologo sobre la posibilidad de estar embarazada o de un embarazo confirmado, en el entendimiento de que esto requerirá el aplazamiento de la anestesia. Por la misma razón, entiendo que debo informar al anesthesiologo si soy una madre lactante.

Dado que los medicamentos, las drogas, los anestésicos y las recetas pueden causar somnolencia y falta de coordinación, se me ha recomendado no consumir alcohol ni otras drogas durante 24 horas. Además, se me ha aconsejado que no tome decisiones importantes en la vida ni que opere ningún vehículo y / o dispositivo peligroso durante al menos 24 horas hasta que me recupere por completo de los efectos de la anestesia, los medicamentos y las drogas que me han administrado a mí o a mi hijo. Se me ha informado de la necesidad de la supervisión directa de los padres "uno a uno" de mi hijo durante las veinticuatro horas siguientes a la anestesia.

Por la presente autorizo y solicito al anesthesiologo a cargo _____, que realice la anestesia como se me explicó anteriormente, y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o aconsejable como corolario de la anestesia planificada. Doy mi consentimiento, autorizo y solicito la administración de dicho anestésico o anestésicos (de local a general) por cualquier vía que el anesthesiologo, quien es un contratista y consultor independiente, considere adecuado. El abajo firmante entiende que el anesthesiologo estará completamente a cargo de la administración y el mantenimiento de la anestesia, y esta es una función independiente de la cirugía / odontología. Además, se entiende que el dentista anesthesiologo no asume ninguna responsabilidad por la cirugía / odontología realizada bajo anestesia y que el dentista no asume ninguna responsabilidad por la anestesia

Me han asesorado completamente y entiendo completamente las alternativas a la sedación consciente y la anestesia general. Acepto los posibles riesgos, efectos secundarios, complicaciones y consecuencias de la anestesia. Reconozco haber recibido y entiendo las instrucciones de anestesia preoperatorias y posoperatorias. Se me ha explicado y entiendo que no hay garantía ni garantía de ningún resultado o cura. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre mi anestesia o la de mi hijo, y estoy satisfecho con la información que se me proporcionó. También entendí que los servicios de anestesia son completamente independientes del procedimiento del dentista operativo.

La administración y el control de la sedación profunda o la anestesia general pueden variar según el tipo de procedimiento, el tipo de médico, la edad y la salud del paciente y el entorno en el que se administra la anestesia. Los riesgos pueden variar con cada situación específica. Se le anima a explorar todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo para su tratamiento dental y consultar con su dentista, médico de familia o pediatra según sea necesario.

He leído y entiendo el consentimiento para la anestesia. He tenido la oportunidad de que me respondan todas mis preguntas sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.

Nombre del paciente _____ **Fecha** _____

Nombre del padre / tutor _____ **Relación con el paciente** _____

Firma _____ **Testigo** _____