ARIZONA ANESTHESIA FOR DENTISTRY

Consentimiento Informado para Anestesia

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento:_____

A continuación se brinda información a los pacientes, y/o padres/tutores de niños menores sobre las opciones y los riesgos relacionados con el tratamiento dental bajo anestesia. 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. ***Iniciales***_____

Los efectos secundarios más frecuentes de cualquier anestesia son somnolencia, náuseas/vómitos y flebitis. La mayoría de los pacientes permanecen soñoliento después de la cirugía por el resto del día. Como resultado, la coordinación y el juicio se verán afectados por hasta 24 horas. Es crucial que los adultos se abstengan de realizar actividades como conducir, y que los niños permanezcan en presencia de un adulto responsable durante este período. ***Iniciales***_____

Entiendo que en raras ocasiones las complicaciones relacionadas con la anestesia incluyen, pero no se limitan a: dolor, hematoma, entumecimiento, infección, hinchazón, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacción alérgica y neumonía. Además, reconozco que entiendo y acepto la posibilidad extremadamente remota de que las complicaciones puedan requerir hospitalización y / o resultar en daño cerebral, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco o muerte. Me han informado de que los riesgos asociados con la anestesia local, la sedación consciente y la anestesia general varían. De las tres opciones de anestesia, la anestesia local generalmente se considera de menor riesgo y la anestesia general el mayor riesgo. ***Iniciales***_____

Yo doy mi consentimiento, autorizo y solicito la administración de dicho(s) anestésico(s) por cualquier ruta que el anestesiólogo considere adecuado, que es un contratista y consultor independiente. El infrascrito entiende que el anestesiólogo se encargará por completo de la administración de la anestesia y esta es una función independiente de la cirugía/odontología. Además, se entiende que el anestesiólogo no asume ninguna responsabilidad por la cirugía/odontología que se realiza bajo anestesia y que el dentista no asume ninguna responsabilidad por la anestesia. ***Iniciales***_____

Entiendo que la Anestesia para Odontología de Arizona salvaguardará mi información de salud en función de los derechos que se me otorgan en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). ***Iniciales*** _____

Me he enterado completamente y entiendo completamente la alternativa a la anestesia general. Acepto los posibles riesgos, efectos secundarios, complicaciones y consecuencias de la anestesia. Reconozco la recepción y entiendo las instrucciones preoperatorias y postoperatorias. Me lo han explicado y entiendo que no hay garantía en cuanto a ningún resultado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la anestesia para mi o para mi hijo(a) y estoy satisfecho con la información que se me proporcionó. También se entiende que los servicios de anestesia son completamente independientes del procedimiento del dentista en operación.

Porfavor imprima nombre:_____ Relación:_____

Firma:_____ Fecha:_____

Testigo:_____ Título:_____