

Mitchel S. Godat, D.D.S., M.S.*
Grant T. King, D.D.S, M.D.S
*Periodoncista y cirujano de implantes
dentales certificado por el Consejo

Periodontal Associates

OF MEMPHIS
Periodontal, Laser and Dental Implant Therapy

Socios eméritos
James R. Ross, D.D.S., M.S.*
Preston D. Miller, Jr., D.D.S.
Roger D. Craddock, D.D.S.

6268 Poplar Avenue · Memphis, TN 38119 · teléfono 901.761.3770 · fax 901.761.3775
www.PerioMem.com · Info@PerioMem.com

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA, SEDACIÓN E INMOVILIZACIÓN

Nombre

Fecha:

El siguiente documento tiene la intención de informarle de las opciones, los riesgos y los beneficios de recibir tratamiento con anestesia o sedación. Esta información se presenta para que esté informado sobre la posible administración de sedación durante su tratamiento.

- _____ 1. Yo, _____, por medio de la presente autorizo a los Drs. Craddock, Godat, King y a sus asociados, contratistas independientes, anestesiólogos o enfermeros anestésistas certificados registrados (CRNA), en lo sucesivo denominados el "Equipo de Sedación", para que realicen el procedimiento de anestesia o sedación que se me explicó previamente, y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o recomendable además del procedimiento de sedación planeado. Entiendo que junto con la sedación se me administrarán pequeñas dosis de diversos medicamentos para mantenerme cómodo y relajado durante el tratamiento. Consiento a la administración de dicha anestesia o sedación por cualquier vía apropiada (anestesia local con o sin óxido nitroso ("gas de la risa"), con o sin medicamentos orales ("pastillas"), con o sin sedación intramuscular (inyección), con o sin sedación intravenosa ("IV")) por parte del Equipo de Sedación.
- _____ 2. **Beneficios previstos.** El objetivo de la sedación IV consciente es reducir los efectos secundarios significativos e indeseables de los procedimientos dentales prolongados o estresantes al reducir por medios químicos el temor, la aprensión y la tensión emocional que en ocasiones se asocia con estos procedimientos dentales. Además, ciertos trastornos médicos o físicos pueden demandar sedación para prevenir problemas.
- _____ 3. Entiendo que los fármacos anestésicos/sedantes y los medios de inmovilización física son necesarios para ayudar al dentista en la aplicación del tratamiento dental con mayor comodidad y cooperación del paciente. Entiendo que la sedación que se me ha descrito no es anestesia general, y que respiraré sin ayuda. También entiendo que puedo sentirme demasiado relajado, puedo quedarme dormido y podría no recordar una parte o la totalidad del procedimiento. No se me han ofrecido garantías de que el tratamiento propuesto será exitoso. **Si tengo 13 años de edad o menos, entiendo que todos los medicamentos sedantes deben tomarse en el consultorio.**
- _____ 4. Se me ha informado, y entiendo, que existen *riesgos* asociados al uso de los agentes anestésicos locales y los fármacos sedantes usados para aumentar la comodidad del paciente y controlar su conducta. Los riesgos que ocurren ocasionalmente incluyen, entre otros: entumecimiento; inflamación de las venas en las que se administran los medicamentos; dolor, decoloración del tejido que rodea al sitio de la inyección; moretones; hinchazón; infección; sangrado; náuseas; vómitos; y reacciones alérgicas.
- _____ 5. Se me ha informado, y entiendo, que en casos poco comunes los *riesgos* de los medicamentos sedantes incluyen, entre otros: dificultades respiratorias; daño cerebral; accidente cerebrovascular; ataque cardíaco; o



Active Member
American Academy of Periodontology
Specialist in Periodontics



Mitchel S. Godat, D.D.S., M.S.*

Grant T. King, D.D.S., M.D.S

*Periodoncista y cirujano de implantes dentales certificado por el Consejo

Periodontal Associates

OF MEMPHIS

Periodontal, Laser and Dental Implant Therapy

Socios eméritos

James R. Ross, D.D.S., M.S.*

Preston D. Miller, Jr., D.D.S.

Roger D. Craddock, D.D.S.

6268 Poplar Avenue · Memphis, TN 38119 · teléfono 901.761.3770 · fax 901.761.3775

www.PerioMem.com · Info@PerioMem.com

pérdida de la función de cualquier extremidad u órgano del cuerpo. Entiendo que las complicaciones graves podrían requerir hospitalización e incluso podrían provocar la muerte.

- _____ 6. Me han explicado propósito y las posibles complicaciones del uso de medicamentos sedantes, así como los posibles métodos alternativos (descritos antes en el punto 1) y sus ventajas y desventajas. Entiendo el objetivo, los posibles riesgos y la eficacia probable de cada método o estrategia de tratamiento, así como el resultado probable de no recibir tratamiento.
- _____ 7. Se me ha informado que se prevé que los resultados sean buenos y que no es posible predecir con exactitud la probabilidad y la naturaleza exacta de las complicaciones. Reconozco que no se me han ofrecido garantías, implícitas o explícitas, sobre el resultado del tratamiento o el uso de medicamentos anestésicos o sedantes.
- _____ 8. Reconozco que he recibido instrucciones preoperatorias y postoperatorias por escrito referentes al uso de medicamentos sedantes, que me han explicado dichas instrucciones, y que entiendo esta información y que leeré y seguiré las instrucciones.
- _____ 9. Como parte rutinaria de la exploración física y las pruebas previas al tratamiento, se hacen preguntas a todas las mujeres en edad fértil sobre su situación de embarazo o lactancia y su último período menstrual. Entiendo que los anestésicos, sedantes, medicamentos, y otros fármacos pueden ser nocivos para el feto en gestación y pueden causar defectos congénitos o abortos espontáneos. Reconociendo estos riesgos, acepto la plena responsabilidad de informar al Equipo de Sedación sobre todo embarazo posible, sospechado o confirmado, en el entendimiento de que será necesario posponer la anestesia o sedación. Por los mismos motivos, entiendo que debo informar al Equipo de Sedación si soy una madre lactante con tantos días de anticipación al procedimiento que he elegido como sea posible. Si solicito una prueba de embarazo en el consultorio, entiendo que se añadirá un cargo que cubra la prueba de embarazo al costo de mi tratamiento. Se pedirá a las mujeres que nieguen estar embarazadas que firmen la exención siguiente. Si no está segura de su estado, o si lo desea, se le puede ofrecer una prueba de embarazo en orina. Sin embargo, todas las pacientes pueden negarse a hacerse la prueba de embarazo por motivos de privacidad o por otros motivos. También le solicitamos que conteste con veracidad las preguntas de su Equipo de Sedación sobre la fecha de su última menstruación, su actividad sexual, etc. Si tiene alguna pregunta, diríjala al Equipo de Sedación antes de su tratamiento. Nuestro objetivo es ofrecer la atención médica más segura y de la mayor calidad a nuestros pacientes.
- Si es una mujer en edad fértil, por favor seleccione una de las siguientes opciones:**
- _____ **Prueba de embarazo previa al tratamiento, en el hogar:** Quiero hacerme una prueba de embarazo en mi hogar, en el período de cinco (5) días previos a mi tratamiento programado.
- _____ **Prueba de embarazo previa al tratamiento, en nuestro consultorio:** Quiero hacerme una prueba de embarazo en Periodontal Associates of Memphis en el período de cinco (5) días previos a mi tratamiento programado.
- _____ **Exención a la prueba de embarazo:** Certifico que me han explicado los riesgos de la cirugía y la anestesia durante el embarazo y que no estoy embarazada. Si hay dudas sobre la posibilidad de un embarazo, se me ha dado la oportunidad de hacerme una prueba de embarazo, y la he rechazado. Por este medio libero al Equipo de Sedación de toda responsabilidad en caso de estar embarazada al momento del tratamiento y la aplicación de sedación.



Active Member

American Academy of Periodontology
Specialist in Periodontics



Mitchel S. Godat, D.D.S., M.S.*
Grant T. King, D.D.S, M.D.S
*Periodoncista y cirujano de implantes
dentales certificado por el Consejo

Periodontal Associates

OF MEMPHIS
Periodontal, Laser and Dental Implant Therapy

Socios eméritos
James R. Ross, D.D.S., M.S.*
Preston D. Miller, Jr., D.D.S.
Roger D. Craddock, D.D.S.

6268 Poplar Avenue · Memphis, TN 38119 · teléfono 901.761.3770 · fax 901.761.3775

www.PerioMem.com · Info@PerioMem.com

- _____ 10. Para ayudar a minimizar los riesgos y las complicaciones, he revelado todas las anomalías en mi estado físico actual y en mi historia clínica. Lo anterior incluye todo mi historial de abuso de las drogas y el alcohol y todas mis reacciones inusuales a medicamentos o anestésicos, así como a operaciones y sedantes previos.
- _____ 11. **Alternativas al tratamiento sugerido.** Las alternativas a la sedación intravenosa consciente incluyen la anestesia local, la sedación oral, la sedación intramuscular y la anestesia general en el hospital o centro quirúrgico, ya sea como paciente hospitalizado o ambulatorio. La anestesia local y la sedación oral podrían no aliviar adecuadamente mi temor, ansiedad o estrés. Si existen ciertos trastornos médicos, podría representar un mayor riesgo. Puede haber menos control de la dosis correcta con la sedación oral que con la sedación intravenosa consciente. La anestesia general me hará perder el conocimiento y usualmente implica un mayor riesgo que la sedación intravenosa consciente.
- _____ 12. Entiendo que puedo revocar este consentimiento para tratamiento en cualquier momento, y que no se iniciará ninguna acción adicional con fundamento en este consentimiento, excepto en la medida en que ya se hayan realizado o iniciado el tratamiento y los procedimientos.
- _____ 13. He tenido la oportunidad de hacer todas mis preguntas sobre mi anestesia/sedación y todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Tengo el convencimiento de que se me ha proporcionado información adecuada para fundamentar un consentimiento informado. Acepto los posibles riesgos, complicaciones y peligros que puedan ocurrir con el tratamiento. Leo y escribo inglés. He leído (o me han leído) este formulario, y entiendo plenamente su contenido y que los espacios en blanco fueron rellenados, y que todos los párrafos no aplicables, de haberlos, fueron tachados antes de mi firma.

FIRMA DEFINITIVA Y CONSENTIMIENTO A LO ANTERIOR:

PACIENTE O TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

Certifico que he explicado la naturaleza del tratamiento y los procedimientos prescritos al paciente, su objetivo, sus beneficios, sus riesgos y peligros habituales y más frecuentes, y sus alternativas. He ofrecido contestar todas sus preguntas y he contestado plenamente dichas preguntas. Tengo el convencimiento de que el paciente, pariente o tutor entiende lo que le he explicado y ha consentido al tratamiento y los procedimientos propuestos.

DOCTOR: _____ FECHA: _____

Por este medio certifico que el paciente, pariente o tutor ha: reconocido en mi presencia que se le han explicado del tratamiento o los procedimientos dentales propuestos, así como sus alternativas; los riesgos y peligros habituales y más frecuentes del tratamiento o procedimientos propuestos y sus alternativas, que se han contestado todas sus preguntas, que ha concedido su consentimiento y que ha firmado este formulario en el espacio indicado; o que después de la explicación del consentimiento informado y las firmas anteriores ha contestado "sí" al tratamiento propuesto.



Active Member
American Academy of Periodontology
Specialist in Periodontics



Mitchel S. Godat, D.D.S., M.S.*
Grant T. King, D.D.S, M.D.S
*Periodoncista y cirujano de implantes
dentales certificado por el Consejo

Periodontal Associates

OF MEMPHIS
Periodontal, Laser and Dental Implant Therapy

Socios eméritos
James R. Ross, D.D.S., M.S.*
Preston D. Miller, Jr., D.D.S.
Roger D. Craddock, D.D.S.

6268 Poplar Avenue · Memphis, TN 38119 · teléfono 901.761.3770 · fax 901.761.3775

www.PerioMem.com · Info@PerioMem.com

CERTIFICACIÓN DEL TESTIGO: _____ FECHA: _____

TODOS LOS FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO DEBEN FIRMARSE Y ENTREGARSE O ENVIARSE POR FAX A NUESTRO CONSULTORIO CINCO (5) DÍAS ANTES DEL TRATAMIENTO, O SU CITA PODRÍA SER CANCELADA. FAX: 901.761.3775



Active Member
American Academy of Periodontology
Specialist in Periodontics

