

Barry Krall, DDS **Anestesia para Odontología**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

A continuación se proporciona para informar a los pacientes y / o padres de hijos menores de las opciones y riesgos de tener un tratamiento dental bajo anestesia. Esta información no se presenta para que los pacientes, padres o tutores legales más aprensivo, pero para que puedan estar mejor informados acerca de su tratamiento. Básicamente, existen cuatro opciones para la anestesia: anestesia local, sedación consciente, anestesia general, anestesia y / o no. Estos pueden administrarse de forma segura en un consultorio médico, centro quirúrgico u hospital.

Entiendo que los efectos secundarios más frecuentes de cualquier anestesia son somnolencia, náuseas / vómitos y flebitis. La mayoría de los pacientes permanecen soñolientos después de la cirugía por el resto del día. Como resultado, la coordinación y el juicio se verá afectada por 24 horas. Se recomienda que los adultos se abstengan de actividades como la conducción, y los niños permanezcan en la presencia de un adulto responsable durante este período. Náuseas y vómito tras la anestesia se produce en aproximadamente el 10-15% de los pacientes. La flebitis es una respuesta inflamatoria en el sitio por vía intravenosa. La inflamación generalmente se resuelve con la aplicación local de calor húmedo; sin embargo un bulto duro puede permanecer presente hasta un año.

Se me ha informado y entiendo que en raras ocasiones complicaciones relacionadas con la anestesia incluyen, pero no se limitan a: dolor, hematoma, entumecimiento, infección, inflamación, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, y la neumonía. Además reconozco, comprendo, y acepto la posibilidad muy remota de que las complicaciones pueden requerir hospitalización, y / o resultan en daño cerebral, ataque al corazón o muerte. He sido informado de que los riesgos asociados con la anestesia local, sedación consciente y la anestesia general varía. De las tres opciones de anestesia, anestesia local generalmente se considera que tiene el menor riesgo, y la anestesia general, el riesgo más grande.

Entiendo que los anestésicos, medicamentos y drogas pueden ser perjudiciales para los niños por nacer y pueden causar defectos congénitos o abortos espontáneo. Reconociendo estos riesgos, acepto toda la responsabilidad de informar a Dr. Barry Krall de la posibilidad de estar embarazada o un embarazo confirmado, en el entendimiento de lo que sería necesario el aplazamiento de la anestesia. Por la misma razón, entiendo que debo informar al anesthesiólogo si soy una madre lactante.

Debido a que las medicaciones, drogas, anestésicos, y prescripciones pueden provocar somnolencia y falta de coordinación, se me ha aconsejado no usar alcohol u otras drogas durante 24 horas. Además, me han aconsejado en no tomar ninguna decisión importante o conducir cualquier vehículo o dispositivos peligrosos durante al menos 24 horas hasta que esté completamente recuperado de los efectos de la anestesia, los medicamentos y las drogas que me han dado a mí o al niño/niña. Supervisión directa por un adulto del niño/niña durante veinticuatro horas después de la anestesia es esencial.

Por la presente autorizo y solicito el anesthesiólogo dentista, el Dr. Barry Krall, para que realice la anestesia, como se me explico anteriormente, y cualquier otro procedimiento que considere necesario o conveniente, como corolario de la anestesia prevista. Estoy de acuerdo, autorizo y solicito a la administración de tal anestesia o anestesia (local a la general) por cualquier vía que se considere adecuado por el anesthesiólogo, quien es un contratista independiente y consultor. Es la comprensión de los suscritos que el anesthesiólogo tendrá la plena dirección de la administración y mantenimiento de la anestesia, y ésta es una función independiente de la cirugía / odontología.

He sido totalmente informado 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. Entiendo que he recibido las instrucciones de anestesia preoperatoria y postoperatoria. Se me ha explicado y entiendo que no hay ninguna garantía a cualquier resultado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mí o el niño/niña y comprendo que la información que se me dado. Además, se entiende que el anesthesiólogo dentista no asume ninguna responsabilidad de la cirugía / odontología realiza bajo anestesia y de que el dentista no asume ninguna responsabilidad por la anestesia.

Yo autorizo el intercambio y difusión de información personal entre el médico tratante y la oficina del Dr. Krall. Entiendo que solo cierto personal se permitirán en la sala de tratamiento con el paciente.

He leído y entiendo el consentimiento para la anestesia. He tenido la oportunidad de tener todas las respuestas a mis preguntas con respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Firma _____ Testigo _____

(Consentimiento firmado por el paciente, padre o tutor legal)