



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DIVULGACIÓN DE REGISTROS PARA LA ANESTESIA PEDIÁTRICA O ADOLESCENTE

A continuación se proporciona información a los pacientes sobre las opciones y los riesgos que conlleva el tratamiento con anestesia general. Esta información no se presenta con el propósito de que los pacientes se sientan inquietos, sino con el fin de que estén mejor informados sobre su tratamiento. Las opciones de anestesia son: anestesia local por sí sola, local con sedación intravenosa o anestesia general. Estas se administran dependiendo de las necesidades únicas de cada paciente. Se puede recomendar la anestesia general para proporcionar un cuidado odontológico completo al paciente pediátrico cuando se presentan problemas de comportamiento, médicos o de otro tipo que impiden el tratamiento odontológico con técnicas de manejo del comportamiento menos invasivas o tradicionales. La anestesia general pone al paciente en un estado de sueño antes de un procedimiento odontológico u otro procedimiento médico. Utiliza drogas intravenosas o puede incluir una combinación de drogas intravenosas o gases inhalados (anestésicos) para inducir un estado de inconsciencia médicamente controlado con el fin de completar el tratamiento odontológico o médico. Un Anestesiólogo Médico u Odontológico, o una Enfermera Anestésista Registrada Certificada (Certified Registered Nurse Anesthetist, CRNA) proporcionan la anestesia general.

El efecto secundario más frecuente de cualquier infusión intravenosa (Intravenous, IV) es la flebitis, que ocurre solo entre 2-4 por ciento de las veces. La flebitis es una respuesta inflamatoria elevada, delicada y duradera en el lugar de la inyección, que puede aparecer entre 24-48 horas y hasta dos semanas después del procedimiento. La inflamación suele resolverse con la aplicación local de calor húmedo y caliente (100°F) (37.778 °C), aunque puede generarse sensibilidad y un bulto duro hasta por un año.

Yo, _____, por la presente autorizo y solicito a _____, D.D.S. que administre la anestesia como se me explicó anteriormente, y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o aconsejable como consecuencia de la anestesia prevista. Consiento, autorizo y solicito la administración de tal anestesia o anestésicos (de local a general) por cualquier método que el médico considere adecuado. El abajo firmante entiende que el médico es un contratista y consultor independiente y que tendrá a su cargo la administración y el mantenimiento de la anestesia, que es una función independiente de la cirugía y odontología. También entiendo que el médico no tiene ninguna responsabilidad en el tratamiento odontológico que se realice o en el diagnóstico o la planificación del mismo.

He sido informado y entiendo que ocasionalmente hay complicaciones de la anestesia local o general y los medicamentos, incluyendo, entre otros: dolor; hematoma; entumecimiento temporal o permanente de la cara, los dientes, la lengua, el labio o las encías; infección; hinchazón; sangrado; decoloración; náuseas; vómitos; reacción alérgica; derrame cerebral; y ataque al corazón. Entiendo y acepto además el riesgo existente de que las complicaciones muy raras puedan requerir una hospitalización que podría resultar en la muerte.

Se me ha informado que los riesgos asociados con la anestesia local, la sedación consciente y la anestesia general varían. De las tres, la anestesia local suele considerarse la de menor riesgo y la general, la de mayor riesgo. Sin embargo, cabe señalar que la anestesia local por sí sola puede no ser apropiada para todos los pacientes y todos los procedimientos, y que la anestesia local con sedación puede ser más segura que la anestesia local por sí sola.

Debido a que los medicamentos, las drogas, los anestésicos y las recetas pueden causar somnolencia y falta de coordinación, que pueden aumentar con el uso de alcohol u otras drogas, se me ha aconsejado que no opere ningún vehículo o dispositivo peligroso durante al menos veinticuatro (24) horas o más, hasta que me recupere totalmente de los efectos del anestésico, los medicamentos y las drogas que me hayan dado para mi cuidado. Se me ha aconsejado que no tome ninguna decisión importante hasta después de la recuperación total de la anestesia. Entiendo que las personas con antecedentes de dependencia química o alcohol tienen un posible riesgo de recaída después de la anestesia y deben tomar las precauciones apropiadas y opciones de apoyo.

He sido plenamente informado y acepto los posibles riesgos y peligros de la anestesia general. Confirmando que he recibido, entiendo y acepto seguir las instrucciones previas y posoperatorias de la anestesia. Se me ha explicado y entiendo que no hay ninguna garantía en cuanto a cualquier resultado o cura. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi anestesia y estoy satisfecho con la información que se me ha proporcionado. **También solicito que mis médicos le den al médico toda la información que desee sobre mi diagnóstico, tratamiento, pronóstico y recomendaciones, así como otros datos pertinentes a mi cirugía y manejo de la anestesia.** También autorizo al médico a hablar con mi cónyuge, padres o hijos sobre cualquier fase de mi tratamiento.

He recibido una copia de las instrucciones y este consentimiento.

Nombre del paciente _____

Fecha: _____

Nombre del testigo _____

Firma del testigo _____