



# 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 Odontólogo, o una Enfermera Anestesista 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 \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable de la cuenta: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular  
\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

1. Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_
2. ¿Su niño o adolescente está actualmente bajo el cuidado de un médico por una afección específica?  
**Si No**
3. ¿Fecha del último examen físico/chequeo? \_\_\_\_\_
4. ¿Fecha del último resfriado, tos o fiebre? \_\_\_\_\_
5. Médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_
6. Describa el nivel de actividad de su niño o adolescente:  
**Siempre cansado / Frecuentemente cansado / Activo / Muy activo**
7. ¿Ha habido algún cambio en la salud de su niño o adolescente en el último año? **Sí No**
8. ¿Su niño o adolescente ha tenido alguna hospitalización o cirugía? **Sí No**  
a. Si es así, ¿cuándo y por qué? \_\_\_\_\_
9. ¿Su niño o adolescente tiene algún problema cardíaco? **Sí No**  
a. Si es así, encierre en un círculo- **arritmias / enfermedades cardíacas congénitas / soplos**  
Otra \_\_\_\_\_

¿Su niño o adolescente tiene una enfermedad o síntomas pulmonares? ☐ **Sí** ☐ **No**

- i. Si es así, encierre en un círculo- **asma / bronquitis / fibrosis quística / resfriados frecuentes/ gripe / tos persistente / sibilancias / otro** \_\_\_\_\_

10. ¿Alguna vez le han diagnosticado apnea del sueño a su niño o adolescente? ☐ **Sí** ☐ **No**

11. ¿Alguna vez le han diagnosticado a su niño o adolescente alguno de los siguientes problemas médicos, o los ha tenido?

- |                                                    |                                    |
|----------------------------------------------------|------------------------------------|
| a. Artritis                                        | h. Síndrome de Down                |
| b. Autismo                                         | i. Episodios de desmayos           |
| c. Problemas de sangrado / Moretones con facilidad | j. Hepatitis / Problemas hepáticos |
| d. Enfermedades de la sangre                       | k. Problemas en los riñones        |
| e. Cáncer                                          | l. Debilidad muscular              |
| f. Parálisis cerebral                              | m. Convulsiones / Epilepsia        |
| g. Diabetes                                        | n. Otra _____                      |

12. Indique todos los medicamentos que su niño o adolescente está tomando actualmente:

\_\_\_\_\_

13. ¿Su niño o adolescente es alérgico a medicamentos o alimentos? ☐ **Sí** ☐ **No**

- a. Si es así, indique todas las alergias \_\_\_\_\_

14. ¿Usted o un pariente cercano alguna vez han tenido una mala reacción a algún medicamento anestésico?

☐ **Sí** ☐ **No**

16. ¿Le han administrado anestesia general a su niño o adolescente anteriormente? ☐ **Sí** ☐ **No**

- a. Si es así, ¿hubo alguna complicación? ☐ **Sí** ☐ **No**

La información contenida en este cuestionario es exacta a mi leal saber y entender y la retención de cualquier información podría resultar en lesiones o muerte. Entiendo que la información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y es mi responsabilidad informar al médico de cualquier cambio en el estado médico de mi niño o adolescente, lo antes posible.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Revisado por el anesthesiologo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Comer / Beber

- Para la anestesia, es de suma importancia que los pacientes no tengan nada que comer o beber antes de la cita programada. No seguir estrictamente estas instrucciones podría resultar en aspiración y puede ser fatal.
- Los medicamentos deben tomarse con pequeños sorbos de agua (si así lo indica el Anestesiólogo).

\_\_\_\_ Soy consciente de la NPO de 8 horas (nada por vía oral / requisito de ayuno) antes de el Procedimiento de mi hijo / del paciente.

## Ropa

- Los niños deben estar en una camiseta suelta de manga corta y pantalones de pijama o pantalones cortos. Por favor, traiga un cambio de ropa y tenga a su hijo en pañal o pull-up (ropa interior desechable). Asegúrese de traer la manta/cobija favorita de su hijo también

## Cambio en la salud o los medicamentos

- \*\*Un cambio en la salud, especialmente el desarrollo de un resfriado, tos o fiebre es **EXTREMADAMENTE importante**. Por favor notifique a nuestra oficina si hay algún cambio en la salud de su hijo. Es posible que sea necesario reprogramar su cita.\*\*

\_\_\_\_ He divulgado completamente todos los medicamentos y el historial de salud de mi hijo / el paciente. He sido informado/a que esto es para la completa seguridad de mi hijo / el paciente.

## Comunicación

\_\_\_\_ Soy consciente que si la oficina y/o el Anestesiólogo no puede comunicarse conmigo antes de la fecha de la cita, mi cita puede ser cancelada.

## DÍA DE LA CIRUGÍA

- NO PERMITA QUE SU HIJO COMA O BEBA NADA
- El cabello largo debe estar atado hacia atrás (moño bajo o lateral)

\_\_\_\_ Soy consciente que los horarios de las citas son tentativos y estaré en espera / disponible todo el día.

\_\_\_\_ Soy consciente como padre del paciente / tutor del paciente, no se me permite entrar en la sala de operación en el momento de la cirugía.

\_\_\_\_ He sido completamente informado como padre / tutor, debo estar presente en el consultorio dental o en mi vehículo en todo momento durante la cita.

\_\_\_\_ Mantendré vigilado de cerca a mi hijo / paciente antes de la cita y durante el resto de el día.

**El Anestesiólogo se reserva el derecho de cancelar la cita quirúrgica programada por cualquier motivo que puede poner en peligro la seguridad del procedimiento anestésico.**

Yo, \_\_\_\_\_, he leído y entendido las instrucciones recibidas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nombre Del Paciente :** \_\_\_\_\_

Como usted sabe, un adulto responsable debe llevarlo hacia y desde su cita dental y un adulto responsable debe quedarse con usted durante la noche. Informe a su conductor que se espera que lo acompañe a la oficina y espere unos 30 minutos. Si puede organizar que su viaje a casa sea la misma persona que pasa la noche con usted, podemos darle su instrucciones posquirúrgicas. A menos que su transporte lo espere en el consultorio dental durante toda su cita, necesitaremos la siguiente información y un conductor alternativo. Sabemos que es extremadamente improbable que su viaje no regrese por Usted, pero aproximadamente dos veces al año, los accidentes, los problemas con el automóvil y las enfermedades nos obligan a contactar al conductor alternativo. Sin alternativa conductor, esos pacientes habrían tenido que ser ingresados en un hospital durante la noche. Por lo tanto, es lo mejor para todos. Interesa que completes el siguiente.

**Firma del paciente / tutor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del conductor esperado:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Tiempo (en minutos) que necesita el conductor para regresar al consultorio dental:** \_\_\_\_\_

**Nombre del conductor alternativo:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono donde se le puede localizar después de su cita:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de tu farmacia:** \_\_\_\_\_

**Mi transporte estará presente durante toda la duración del procedimiento (círculo):**    **Sí**    **No**