

Oral Sedation Informed Consent-Spanish
Autorización de Consentimiento para Sedación Oral
(Día de Tratamiento)

Yo, _____, padre, tutor o persona con autoridad a dar su consentimiento para _____ autorizo a la Dra. Diaz a realizar la operación siguiente o procedimientos, en parte o en la suma como se explica en la planificación del tratamiento:

Sí	No	Procedimiento	Sí	No	Procedimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extracción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mantenedor de espacio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Limpieza Dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administración de Oxido Nitroso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aplicación de Fluor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administración de anestesia local
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulpotomía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Administración de sedantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relleno/Empaste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posible uso de tabla estabilizadora
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corona(s)			(e.g. Papoose Board)

Razón: entiendo que las razones para hacer los procedimientos bajo sedación están relacionados con uno o más de los siguientes: cantidad de tratamiento necesario, edad, ansiedad, historial médico.

Alternativa: Alternativas a este procedimiento han sido discutidos conmigo por el Dr. Díaz e incluyen: observación sin tratamiento, uso de tabla estabilizadora, solo anestesia local, anestesia local en combinación con la tabla estabilizadora, sedación intravenosa con el anestesiólogo en la Oficina o anestesia general en el hospital.

Riesgos: Doy autorización con el entendimiento de que cualquier procedimiento puede implicar ciertos riesgos o peligros. **Tengo entendido que los riesgos de los procedimientos incluyen, pero no se limitan a la infección, hemorragia, lesión nerviosa, coágulos sanguíneos, reacción alérgica, irritación de la boca, labios, encías y dientes, entumecimiento, fiebre, náuseas y vómitos. Tengo entendido que los riesgos de sedación incluyen, pero no se limitan a la infección, hemorragia, lesión nerviosa, coágulos sanguíneos, reacciones alérgicas, neumonía, aspiración, irritación de la boca y la nariz, entumecimiento, fiebre, náuseas, vómitos, alteración del corazón y nivel de respiración, daño cerebral o muerte. Estos riesgos pueden implicar posibles graves consecuencias mortales.**

Procedimientos adicionales: Sí la Dra. Díaz descubre una condición distinta al diagnosticado en el examen en el momento de la cirugía, autorizo a ella para realizar tal operación o procedimiento que ella considere necesario.

Garantía: entiendo que no se ha realizado ninguna garantía o seguro como para el resultado final del procedimiento.

Consentimiento: he leído y entendido este formulario de consentimiento. Entiendo que no debo firmar este formulario si todos los elementos, incluyendo todas mis preguntas, no se han explicado o respondido a mi satisfacción o si no entiendo cualquier palabra contenida en el presente formulario.

SI TIENE CUALQUIER PREGUNTA EN CUANTO A LOS RIESGOS O PELIGROS DE LA OPERACIÓN PROYECTADA O PROCEDIMIENTO O CUALQUIER OTRA PREGUNTA SOBRE EL PROCEDIMIENTO PROPUESTO, PIDA HABLAR CON LA DRA. DIAZ ANTES DE FIRMAR ESTE FORMULARIO.

Padre, tutor o persona con autoridad a dar su consentimiento para paciente

Fecha

Hora

Relación al Paciente

Testigo de Firma