

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON ANSIOLÍTICOS (TRIAZOLAM, DIAZEPAM, LORAZEPAM, MIDAZOLAM O ZALEPLÓN CON O SIN HIDROXIDINA)

Rev. 07/2019

1. ANTECEDENTES. Este formulario está diseñado para ofrecer información sobre el uso de ansiolíticos. Hemos intentado ofrecerle la siguiente información sobre los ansiolíticos en lenguaje claro y sencillo, y esperamos contar con su comprensión y su cooperación, porque aspiramos a conseguir los mejores resultados para usted. Los ansiolíticos han demostrado ser útiles a la hora de controlar los miedos de muchos pacientes dentales. Los ansiolíticos le permitirán recibir su tratamiento dental en un estado seguro y relajado, con menores niveles de miedo y ansiedad. Pero su consciencia y su capacidad de reacción se verán disminuidos. Al igual que con todos los medicamentos, hay limitaciones y riesgos (que serán descritos a continuación), y el éxito completo del tratamiento con ansiolíticos es variable y no puede ser garantizado. **Entiendo que el uso de ansiolíticos tiene limitaciones y riesgos y no se podrá garantizar el total éxito. Entiendo además que los ansiolíticos ponen al paciente en un estado inducido por drogas, con consciencia y capacidad de reacción disminuidas. Mi capacidad de reacción vuelve normalmente cuando los efectos del sedativo pasan.**

2. CANDIDATOS PARA ANSIOLÍTICOS. Haremos lo posible por determinar a idoneidad para el tratamiento con ansiolíticos a través de la información recopilada durante nuestra consulta y revisiones. Aunque muchos individuos serán aptos para ser tratados con ansiolíticos, no todos son buenos candidatos. Si esta situación ocurriera, el dentista le informaría, y le ofrecería otros posibles tratamientos u opciones apropiados. **Las mujeres que están embarazadas, que tienen probabilidad de quedarse embarazadas o que estén amamantando, no deberían usar sedativos orales** (podrían causar daños al feto), ni tampoco pacientes con sensibilidad a la medicación de tipo de benzodiazepinas. Además, los pacientes no deberían consumir alcohol mientras toman sedativos orales, ni aumentar la dosis prescrita. Si está tomando algún medicamento psiquiátrico que altera el estado del ánimo, si tienen una obstrucción intestinal o cualquier enfermedad respiratoria, como un resfriado, una gripe o una sinusitis, quizás no sea un buen candidato para tomar sedación oral. Por favor, notifique al dentista si tiene alguna de estas condiciones, para discutir otras opciones que puedan estar disponibles. **Entiendo que debo notificar al dentista si estoy embarazada, si podría estar embarazada, o si estoy amamantando. Debo notificar al dentista si tengo alguna sensibilidad a las benzodiazepinas, si he consumido alcohol, y si estoy tomando algún tipo de droga que altera el estado de ánimo.**

3. SU PROTOCOLO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANSIOLÍTICOS. Le administraremos una dosis de diazepam para que la tome la noche antes de la visita al dentista, para reducir su nivel de ansiedad y ayudarle a dormir. Esto además le da la oportunidad de experimentar los efectos de un sedativo oral. Cualquier reacción negativa debería ser notificada a su dentista antes de que el tratamiento empiece a la mañana siguiente. Podrá tomar otra dosis de sedativo en la consulta, una hora antes de que empiece el tratamiento dental. Después de su tratamiento con ansiolíticos no podrá conducir para ir a la consulta ni luego a su casa, y deberá tener a alguien

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

que le recoja, firme su alta y le acompañe a casa. Esta persona deberá tener 19 años o más. Debido a un posible efecto amnésico, deberá organizar con una persona de su confianza o de su familia para que le acompañe durante las 24 horas siguientes a su tratamiento. **Entiendo el protocolo prescrito que será utilizado durante el tratamiento con ansiolíticos. Es esencial tener a una persona que me acompañe a la consulta para llevarme luego a casa y cuidarme.**

4. OPCIONES ALTERNATIVAS. Debe saber también que hay otras opciones disponibles para su procedimiento, incluido el óxido nitroso, que es un gas relajante conocido como gas de la risa, anestésico tópico, que es un gel anestésico que puede colocarse en la boca y proporcionarle más comodidad, sedación (mínima o moderada) consciente oral, un nivel de conciencia mínimamente deprimido logrado a través de una píldora, y sedación intravenosa, que proporcionará un sedante a través de su sistema sanguíneo para lograr la sedación. Este y otros métodos pueden ofrecer una válida alternativa a los ansiolíticos. Otras alternativas son no someterse al tratamiento, o no utilizar medicamentos para el dolor o sedativos. Si tiene alguna duda sobre los tratamientos alternativos, por favor pregunte a su dentista o a su especialista. **Entiendo y he sido informado de las posibles alternativas que tengo a los ansiolíticos.**

5. RIESGOS E INCONVENIENTES: Prácticamente todas las formas de medicamentos, incluyendo los sedativos orales, tienen algunos riesgos y posibles efectos secundarios. Los medicamentos para el dolor o los sedantes pueden, entre otras cosas, alterar su juicio y su rendimiento en el trabajo, y debe planificar en consecuencia. Con los ansiolíticos puede experimentar relajación o somnolencia, una sensación reducida de miedo o ansiedad, mayor tolerancia a la incomodidad, una percepción alterada del tiempo, sensaciones de hormigueo, vértigo o aturdimiento, torpeza o inestabilidad, náuseas, alucinaciones o sueños. Efectos secundarios menos comunes incluyen la visión borrosa, la pérdida de memoria (lo que muchos piensan es deseable para el tratamiento dental) o insomnio durante varios días. Los efectos secundarios no frecuentes incluyen agitación, cambios de comportamiento, convulsiones, hipotensión, erupción cutánea o picazón, dolor de garganta, fiebre, escalofríos, cansancio inusual, taquicardia, hiperactividad o debilidad. Si experimenta algún efecto desagradable, antes o después de su procedimiento, por favor informe a su dentista o a su auxiliar lo antes posible. También existe la posibilidad de una reacción alérgica al medicamento sedativo, que podría incluir: picazón, urticaria, enrojecimiento de la piel, hinchazón o sudoración. Si experimenta alguno de estos síntomas deberá informar a su dentista o a otros profesionales de la salud inmediatamente. **Entiendo que los riesgos e inconvenientes que podrían resultar de los ansiolíticos, y que se me han explicado a fondo.**

6. OTRAS RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE. Usted acepta cumplir con sus citas de seguimiento y seguir los tratamientos recomendados, así como seguir otras precauciones y recomendaciones que podamos proporcionarle como parte de sus instrucciones preoperatorias o postoperatorias. No podrá conducir ni operar maquinaria mientras esté tomando sedativos orales y durante 24 horas después. Por lo tanto, tendrá que organizarse para que alguien lo lleve y lo traiga de sus citas con el dentista mientras toma sedativos orales.

Entiendo que debo seguir todas las instrucciones y tratamientos recomendados por mi dentista. También entiendo los posibles efectos que los sedativos podrían causarme siguiendo el tratamiento.

7. PREGUNTAS DEL PACIENTE. El paciente tiene derecho a ser informado a fondo antes de dar su consentimiento al procedimiento. Si tiene alguna pregunta sobre los ansiolíticos, sobre este formulario, o sobre cualquier otro tema, asegúrese de discutirlo con su dentista antes de comenzar el tratamiento. **Entiendo que tengo derecho a preguntar sobre cualquier parte de mi tratamiento y a recibir una explicación detallada a cualquier pregunta que pudiera tener de una persona cualificada.**

8. CIRCUNSTANCIAS IMPREVISTAS. También es posible que desee designar por escrito a una persona para tomar cualquier decisión necesaria con respecto a su tratamiento mientras se encuentre en un estado ansiolítico. Si no designa a esa persona, usted autoriza a los médicos de la consulta dental a usar su juicio profesional para tomar decisiones con respecto a su tratamiento, según las circunstancias lo requieran durante el cumplimiento de los objetivos funcionales, estéticos y de salud establecidos en su plan de tratamiento e historial clínico, incluyendo el abandono del plan de tratamiento original si fuera médicamente/profesionalmente necesario. **Entiendo que podrían surgir circunstancias inesperadas, las cuales requieran que se tome una decisión en mi nombre. Tengo el derecho a designar al individuo que tome este tipo de decisiones.**

CONDUCTOR ASIGNADO DEL PACIENTE

He dado a recepción el nombre y los números de teléfono (primario y secundario) para mi conductor designado (que debe ser mayor de 19 años).

PARA TODOS LOS PACIENTES

Entiendo que se hará cualquier esfuerzo razonable para asegurar el éxito de mi tratamiento. Entiendo además que cualquier persona y tratamiento son únicos y, por lo tanto, no se me han ofrecido ninguna garantía o certeza de que el tratamiento propuesto vaya a curar o mejorar las condiciones indicadas anteriormente.

Entiendo que toda la medicación en esta clínica dental tiene el potencial de producir riesgos, efectos secundarios y reacciones adversas. Pueden causar enrojecimiento e inflamación de los tejidos, dolor, picor, vómitos y/o choque anafiláctico. Confirmando que, según entiendo, se me ha facilitado un informe acertado de mi historial de salud mental y física. También he informado de cualquier alergia o reacción inusual a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, anestesia, polen, polvo, enfermedades corporales o de la sangre, reacciones en piel o encías, sangrado anormal o cualquier otra condición previa relacionada con mi salud.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los ansiolíticos y creo que tengo suficiente información para dar mi consentimiento tal como se refleja a continuación.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568 ☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com 🌐 www.stDental.com



Family • Cosmetic • Sedation • Invisalign

CONSENTIMIENTO

He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios y de las alternativas del tratamiento propuesto. He sido informado, verbalmente y mediante la información contenida en este formulario, de los riesgos y beneficios materiales de tratamientos alternativos y de elegir no tratar mi condición. Confirmando que he leído y entiendo la información descrita y que he entendido las explicaciones al respecto y que mis preguntas han sido contestadas. Autorizo e instruyo al dentista a hacer lo que piense necesario y aconsejable, bajo las circunstancias. Doy mi consentimiento para recibir el tratamiento mencionado anteriormente. Consiento a someterme al tratamiento. Aunque el tratamiento pueda estar cubierto por mi seguro médico y/o dental, acepto cualquier responsabilidad financiera por este tratamiento y autorizar el tratamiento.

Si estoy firmando por un paciente menor de edad, confirmo que soy el padre/madre y/o el tutor legal del niño, o que tengo la autorización de los padres y/o tutores legales del menor (es necesario un formulario de autorización separado). Si estoy firmando por un adulto, confirmo que soy su tutor legal y que estoy autorizado a tomar decisiones médicas y económicas en nombre del paciente.

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com