

CONSENTIMIENTO INFORMADO para USO DE OXIDO NITROSO
Rev. 07/2019

El propósito de este consentimiento informado es dar oportunidad a los pacientes (y/o a sus padres o tutores) de entender y dar permiso para el uso de Oxido Nitroso cuando se proporciona junto al tratamiento dental. Cada punto deberá revisarse después de que el paciente haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y hablar sobre el asunto.

1. Acepto y entiendo que el Oxido Nitroso se llama comúnmente “gas de la risa” y ayuda a relajarse, aunque estaré despierto, totalmente consciente, al tanto de mi alrededor, y seré capaz de responder de manera racional a preguntas e instrucciones.
2. Acepto y entiendo que el uso del Oxido Nitroso no es un requisito para proporcionar el cuidado dental necesario.
3. Acepto y entiendo que el propósito del uso del Oxido Nitroso es hacer que esté más cómodo para recibir el tratamiento necesario del cuidado dental, con menos dolor y/o ansiedad. También acepto y entiendo que el uso del Oxido Nitroso tiene limitaciones y riesgos y no se podrá garantizar el total éxito. (Ver también el #5 más adelante).
4. Acepto y entiendo que el Oxido Nitroso será administrado a través de inhalación.
5. Acepto y entiendo que las alternativas al uso del Oxido Nitroso son:
 - No usar Oxido Nitroso – El procedimiento necesario será llevado a cabo solamente con el uso de un anestésico local reteniendo la habilidad de interacción.
 - Ansiolisis – Es un estado de alerta inducido farmacológicamente, cuando un individuo está despierto pero se le ha disminuido la ansiedad para facilitar que se sobrelleven los síntomas, manteniendo la habilidad interactiva.
 - Sedación Oral en Estado de Alerta – La sedación en forma de pastillas que me colocará en un mínimo nivel depresivo de alerta.
 - Sedación Intravenosa en estado de Alerta (IV) – La sedación a través de la vía intravenosa me colocará en un mínimo nivel de depresión de la conciencia.
 - Anestesia General- Comúnmente llamada sedación profunda o general, un paciente bajo anestesia general no está en estado de alerta y deberá tener su respiración con apoyo artificial de manera temporal. La anestesia general es de uso apropiado en los procedimientos más serios.
6. El uso del Oxido Nitroso me ha sido totalmente explicado, incluyendo los riesgos involucrados. Se me ha informado totalmente, que las complicaciones temporales pueden incluir: sentir hormigueo en los dedos, dedos de los pies, mejillas, labios, lengua, cabeza o el área tratada; pesadez en los muslos y/o las piernas, seguido por una ligera sensación de estar flotando; resonancia en la voz o la presencia de un tono nasal; una sensación de calor en todo el cuerpo, con las mejillas

16160 Monterey Road, Morgan Hill, CA 95037

☎ (408) 782-6568

☎ (888) 503-6560

✉ info@stDental.com

🌐 www.stDental.com

sonrojadas; ataques de risa incontrolables o mareo; pudiera ocurrir un despegue o falta de asociación con el entorno; sensación de calor intenso y poco confortable y/o sentir calor en todo el cuerpo; sensación de ligereza o de estar flotando con una sensación acompañada de estar “fuera del cuerpo”; lentitud en los movimientos y arrastre y/o repetición de las palabras; sentir náusea; vómito; agitación; y/o alucinaciones. Todas estas complicaciones son solo temporales.

7. He tenido la oportunidad de hablar sobre el uso del Oxido Nitroso en conjunto con mi cuidado dental y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estoy totalmente satisfecho y listo para proceder el tratamiento una vez que reciba las respuestas.
8. Acepto y entiendo que es en mi beneficio seguir todas las instrucciones.
9. He informado al doctor sobre mi historial médico completo y de las cirugías más recientes o cambios en mi historial médico, dentro del cual estuvieran involucradas las infecciones de los pulmones, respiratorias o del oído o un resfriado común. También acepto y entiendo que debo notificar a mi doctor sobre mi condición actual, mental y física.
10. Acepto y entiendo que debo notificar a mi doctores si: (1) estoy embarazada, (2) tengo sensibilidad a algún medicamento, (3) he consumido alcohol recientemente, y/o (4) si me encuentro actualmente bajo algún medicamento que altere mi estado de ánimo o psiquiátrico o cualquier otro medicamento, y/o (5) cualquier otra condición sobre la que un profesional de la salud necesite estar informado, antes de proceder con el tratamiento.

PARA TODOS LOS PACIENTES

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

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