

Gainesville Pediatric Dentistry
703-754-1580

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE SEDANTES

Yo, _____, como padre/madre o guardián responsable de _____, doy mi consentimiento de usar anestesia local y el sedante adecuado según el criterio de Dr. Davis, Dr. Shingler y Dr. Tran para poder dar el tratamiento necesario así como esta indicado en el hoja de examen dental de su niño/, el cual me ha sido previamente explicado. Entiendo que los procedimientos dentales planeados para el tratamiento de las caries de mi hijo(a) incluye:

Yo certifico que _____ no ha tenido nada de comer o tomar desde _____.

He sido informado y entiendo que ocasionalmente, puede haber complicaciones con los medicamentos para el tratamiento o agentes anestésicos, incluyendo adormecimiento, infección, decoloración, náusea, vómitos, aspiración, reacción alérgica, problemas respiratorios o daño cerebral. También entiendo que las complicaciones pueden requerir de asistencia médica u hospitalización y pueden inclusive resultar en muerte.

He recibido y entiendo las instrucciones de la Sedación. El tratamiento y procedimiento de la sedación han sido explicadas a mi satisfacción, junto con los métodos alternativos, sus ventajas y desventajas. He sido avisado que aun esperando buenos resultados, hay la posibilidad de complicaciones naturales que no pueden ser anticipadas con precisión y que, por lo tanto, no hay garantía como antes dicho o implicado que el tratamiento resulte en la cura.

Para poder proteger a mi niño(a) de hacerse algún daño durante el tratamiento, entiendo que es necesario darle autorización a Dr. Davis, Dr. Shingler, y/o al personal de contener físicamente a mi niño(a) durante el curso del tratamiento usando el papoose, frazada o sujetando al niño.

He leído y entendido lo escrito arriba, incluyendo los riesgos del tratamiento y la opción de refutar el tratamiento y no tengo otras preguntas.

Responsable legal

Padre/madre/guardián: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Yo certifico que he explicado los procedimientos anotados arriba al padre/madre o guardian y respondido a todas las preguntas antes de solicitar su firma.

Doctor: _____ Fecha: _____

QUALITY OF SEDATION

DEPTH OF CONSCIOUSNESS

1. Patient awake and restless throughout treatment
2. Patient awake but tired and cooperative throughout treatment
3. Patient slept or was drowsy throughout treatment, responded when spoken to directly
4. Patient slept deeply throughout treatment, difficult to arouse

LEVEL OF RESPONSIVENESS

1. Patient awake and alert throughout treatment
2. Patient responded when given directions, able to comply
3. Patient responded to painful stimulus only (injection)
4. Patient non-responsive to all stimuli

BEHAVIOR ASSESMENT

1. Patient cried and moved violently throughout treatment, partial or no treatment completed
2. Patient cried and moved throughout treatment, difficult but all treatment performed
3. Patient cried or moved intermittently (e.g. during injection), treatment performed with minimal difficulty
4. Patient did not cry or move throughout treatment

Follow Up Appointment: _____

Gainesville Pediatric Dentistry
703-754-1580

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DEL INMOVILIZADOR
(PAPOOSE)

Ocasionalmente es necesario en odontología pediátrica controlar el movimiento excesivo de la cabeza, brazos y piernas para poder proveer un tratamiento dental confortable y de calidad. Estos pacientes son usualmente de muy corta edad, nerviosos, o moderadamente inhabilitados.

Una de las técnicas que usamos para inmovilizar a estos niños especiales incluye:
Sostenedor de boca: Es una "almohada de diente" ayuda a los pacientes a mantener la boca abierta

Papoose: "sleeping bag" (Bolsa de dormir) usado para inmovilizar piernas y brazos.
Protectores de rodillas o codos: "piernas/brazos de robot" usado para inmovilizar piernas y brazos.

Nosotros usaremos estas técnicas solo si el niño(a) esta de alguna manera poniéndose en riesgo a causa de su movimiento. Firmando abajo, usted esta dando permiso a las Dr. Davis, Dr. Shingler, y personal de usar el "papoose" y sus accesorios para le tratamiento de su niño(a). Este acuerdo y consentimiento permanecerá en vigencia, a menos que sea retractado en escrito por la persona que firmo abajo en nombre del paciente menor de edad.

Nombre del paciente (imprima)

Nombre del padre/madre/Guardian (imprima)

Firma del padre/madre/Guardian

fecha

Firma del testigo

fecha