



# ANN MARIE HOFBAUER, DMD

## PERIODONTICS & IMPLANTOLOGY

### SEDACIÓN CONSCIENTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es proporcionar una oportunidad para que los pacientes entiendan y den permiso para la sedación consciente cuando se proporciona junto con el tratamiento dental. Cada elemento debe ser revisado después de que el paciente tenga la oportunidad para discusión y preguntas.

- \_\_\_\_\_ 1. Entiendo que el propósito de la sedación consciente es recibir más cómodamente el cuidado necesario. La sedación consciente no es obligatorio para proporcionar el cuidado dental necesario. Entiendo que la sedación consciente tiene sus limitaciones y riesgos, y el éxito absoluto no se puede garantizar. (Ver las opciones en # 4.)
- \_\_\_\_\_ 2. Entiendo que la sedación consciente es un estado inducido por las drogas de la conciencia reducida y disminución de la capacidad para responder. La sedación consciente no es sueño. Voy a ser capaz de responder durante el procedimiento. Mi capacidad de responder normalmente regresa cuando los efectos del sedante desaparezcan.
- \_\_\_\_\_ 3. Yo entiendo que mi sedación consciente se logrará mediante la siguiente ruta:  
Administración oral: Voy a tomar una píldora de aproximadamente 60 minutos antes de la cita. La sedación durará aproximadamente 0 a 6 horas.
- \_\_\_\_\_ 4. Yo entiendo que las alternativas a la sedación consciente son:
  - \_\_\_\_\_ a. No sedación: El procedimiento necesario se realiza bajo anestesia local, con el paciente plenamente consciente.
  - \_\_\_\_\_ b. Ansiolisis: Tomar una píldora para reducir el miedo y la ansiedad.
  - \_\_\_\_\_ c. Sedación con óxido nitroso: Comúnmente llamado gas de la risa, el óxido nitroso proporciona relajación, pero el paciente está todavía en general al tanto de las actividades de los alrededores. Sus efectos se pueden revertir en cinco minutos con oxígeno.
- \_\_\_\_\_ 5. Yo entiendo que hay riesgos o limitaciones a todos los procedimientos. Para la sedación estos incluyen:
  - \_\_\_\_\_ (Sedación Oral) Sedación inadecuada con la dosis inicial puede requerir que el paciente se someta a un procedimiento sin sedación completa o retrasar el procedimiento para otro momento.
  - \_\_\_\_\_ Reacción típica al uso de medicamentos sedantes que pueden requerir atención médica de emergencia y / o la hospitalización, como estados alterados mentales, reacciones físicas, reacciones alérgicas y otras enfermedades.
  - \_\_\_\_\_ Incapacidad para hablar sobre las opciones de tratamiento con el médico si circunstancia requiere un cambio en el plan de tratamiento.
- \_\_\_\_\_ 6. Si, durante el procedimiento, se requiere un cambio en el tratamiento, autorizo al médico y el equipo operativo para hacer cualquier cambio que consideren en su juicio profesional, es necesario. Yo entiendo que tengo el derecho de designar a la persona que va a tomar tal decisión.
- \_\_\_\_\_ 7. He tenido la oportunidad de discutir la sedación consciente y tienen mis preguntas contestadas por personal cualificado, incluyendo el médico. También entiendo que tengo que seguir todos los tratamientos y las instrucciones recomendadas de mi médico.
- \_\_\_\_\_ 8. Yo entiendo que debo notificar al médico si estoy embarazada, o si estoy lactando. Debo notificar al médico si tengo sensibilidad a algún medicamento, de mi actual condición mental y física, si he consumido recientemente alcohol, y si estoy actualmente en el estado de ánimo psiquiátrica drogas que alteran o otros medicamentos.

SEDACIÓN CONSCIENTE FORMULARIO DE  
CONSENTIMIENTO INFORMADO (cont.)

El propósito de este documento es proporcionar una oportunidad para que los pacientes entiendan y den permiso para la sedación consciente cuando se proporciona junto con el tratamiento dental. Cada elemento debe ser revisado después de que el paciente tenga la oportunidad para discusión y preguntas.

- \_\_\_\_\_ 9. No voy a ser capaz de conducir o manejar maquinaria mientras estoy tomando sedantes orales durante 24 horas después del procedimiento. Entiendo que necesitare tener arreglos para que alguien me lleve a mi cita con el dentista, mientras que este usando sedantes orales.
- \_\_\_\_\_ 10. Doy mi consentimiento para la sedación consciente en conjunto con mi cuidado dental.

_____	_____	_____
Paciente / Guardián	Fecha	Testigo