

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE SEDANTE OF ANESTECIA GENERAL PARA TRATAMIENTO DENTAL PEDIATRICO Y RECIBO DE INFORMACION

Las leyes del Estado requieren que obtengamos su consentimiento en consideración al tratamiento elegido para su niño. Favor de leer con cuidado este formulario y preguntar lo que no entienda.

Yo, _____, como el padre legal o representante legal de: _____ doy mi consentimiento para el uso de anestésicos locales, droga sedativa o agentes y representantes de la anestesia general que el Dr. _____ crea necesario O conveniente para el niño, como anteriormente se me habla explicado, así también como cualquier otro procedimiento que sea conveniente como consecuencia al tratamiento elegido con la excepción de: (indique si ninguno) _____

Yo entiendo que las leyes del Estado requieren que los profesionales de la salud proveen a sus pacientes prospectivos con información sobre el tratamiento que se esta siendo considerado. Yo como padre del paciente pediátrico quien recibirá anestesia general para el tratamiento dental, declaro haber recibido instrucciones.

Yo reconozco que en ocasiones hay complicaciones con el tratamiento, drogas o agentes anestésicos, incluyen pero no limitado a, infecciones, hinchazón, sangreo, descoloración, náusea, vómito, reacciones alérgicas, daños en el cerebro, embolia o ataque al corazón, parálisis total, parálisis en alguna parte del cuerpo, pérdida o pérdidas de alguna función orgánica, o de miembro de cuerpo, cicatrices disfiguradas asociadas con tal procedimiento. Yo además entiendo y acepto que estas complicaciones pueden requerir hospitalización y que pueden causar hasta la muerte.

Dr. _____ me ha explicado a mi satisfacción, estas complicaciones. Yo reconozco haber recibido y comprendo las instrucciones de pre-operación y después de operación. El tratamiento, la sedación y los procedimientos de anestesia me han sido explicados a mi satisfacción, junto con otros métodos alternativos posibles y sus ventajas y desventajas, riesgos, consecuencias y probablemente efectos de cada uno así como el pronóstico, si dicho tratamiento no es ejecutado. Yo estoy informado que aunque se esperan buenos resultados, la posibilidad y el tipo de complicación no se pueden predecir o anticipar. Por lo tanto, no se puede garantizar, ya sea expresado o implicado, el resultado del tratamiento o la cura.

Yo afirmo que he leído y he entendido este consentimiento, y que toda pregunta sobre este procedimiento o procedimientos han sido contestados en una manera satisfactoria.

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del padre o tutela legal: _____

Relación al Paciente: _____ Testigo: _____

Yo certifico que he explicado los procedimientos al padre o tutela antes de pedir su firma.

Mary Ann Michael, D.D.S.
Joseph Y. Chan, D.D.S.

PADRE EN EL CUARTO DURANTE EL TRATAMIENTO

En cada ocasión especial, el padre puede ser invitado al curato de tratamiento.

Primero, el padre necesita leer esta carta de reglas y normas.

Segundo, el medico repasará el contenido de esta carta con usted.

Tercero, Deberá de haber un acuerdo entre el medico y el padre.

Estimado Padre:

Hemos repasado y investigado todos los medios mas comodos y efectivos para el tratamiento de su niño. En nuestra investigación y busqueda por lo optimo, hemos hallado que ciertas situaciones han dado resultado. Las siguientes son las situaciones:

1. Cuando el padre actuó como un invitado.
2. Cuando el padre estaba en el cuarto pero no participó en el tratamiento o en conversación. Si requerido por el doctor.
3. Todas las preguntas acerca del tratamiento fuéron discutidas antes de comenzar el tratamiento, nuevas preguntas acerca del tratamiento, fuéron discutidas despues de completar el tratamiento.
4. Cuando las situaciones mencionadas en numero 1, 2 y 3 no fuéron seguidas por el padre, entonces se le pidio al padre que saliera y el asi lo hizo.
5. Un acuerdo firme se hizo entre el doctor y el padre con respecto a todas las situaciones arriba mencionadas.

En nuestras investigaciones por los mejores doctores, hemos descubierto que cuando el padre estaba en el cuarto, el doctor y el paciente se distraian. La conversación entre el padre y el paciente interfería con la habilidad del doctor en continuar con el tratamiento dental. Las emociones del padre y del niño son tal, que provocan sentimientos de compasion profundo, por lo tanto, el tratamiento no puede progresar en un medio efectivo si esto sucede.

Los doctores y el conjunto de asistentes tienen mucha simpatia al tratar con los niños, pero, si nos dejamos llevar por la emoción, entonces, el tratamiento no se realizará.

Se le agradece su comprensión en este caso.

Mary Ann Michael, D.D.S.

Joseph Y. Chan, D.D.S.

Yo estoy de acuerdo con el contenido de esta carta y estoy de acuerdo en seguir las reglas y normas del Dr. _____, para asi poder ser permitido en el cuarto con mi hijo.

Nombre del Paciente

Fecha: _____

Firma: _____

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PEDIATRICA DENTAL
PARA TECNICAS DE CONTROL DEL PACIENTE
Y RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA INFORMACIÓN**

Las Técnicas de control de comportamiento en la dentisteria pediatrica se me han explicado. Técnicas alternativas para tratamiento, si algunas, también se me han sido explicadas así también como las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

Por este medio, yo dirijo y autorizo al Dr. _____ y a su conjunto de asistentes dentales de su preferencia, a utilizar las tecnicas de control de comportamiento que son descritas al reverso de este formulario, para asistirle en el tratamiento dental necesario proveido para: _____, mi niño (o menor de edad sobre quien ejerzo tutela legal) con la excepción de: (si no hay excepción, manifiestelo).

Por este medio, yo declaro haber leído y entendido este consentimiento, y declaro que todas las preguntas acerca de las técnicas de control de comportamiento descritas aqui han sido contestadas a mi satisfacción. Además, entiendo que tengo el derecho ha que se me provee respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el transcurso del tratamiento de mi niño.

Yo además entiendo que este consentimiento continuará en efecto hasta que sea dado por terminado por mi.

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm Numero de Expediente _____

Nombre del Paciente: _____

Firma del Padre o Representante Legal: _____

Parentesco con el Paciente: _____ Testigo: _____

Yo certifico haber explicado los procedimientos y las técnicas arriba mencionadas al padre o al representante legal, antes de haber solicitado su firma.

**MARY ANN MICHAEL, D.D.S
JOSEPH Y. CHAN, D.D.S.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DENTISTA A PEDIÁTRICA PARA TÉCNICAS DE CONTROL DEL PACIENTE Y RECONOCIMIENTO DE HABER RECIBIDO LA INFORMACIÓN

La Ley de Estado requieren que los profesionales de la salud proveen a sus clientes en perspectiva información en cuanto a los tratamientos y procedimientos que piensan ejercer sobre ellos. La Ley del Estado también nos obliga obtener su consentimiento para cualquier tratamiento dental específico, para procedimientos o técnicas que pudieran ser consideradas como una preocupación al paciente o al padre. El consentimiento informado indica que Usted ha sido suficientemente informado para hacer una decisión personal con respecto al tratamiento dental de su niño después de haber considerado los riesgos, beneficios y alternativas.

Se le ruega leer este formulario cuidadosamente y que pregunte sobre cualquier cosa que no entienda. Estaremos encantados de explicarlo.

Nuestra intención es que todo el cuidado profesional que se suministre en nuestros procedimientos dentales sea de la máxima calidad posible que podamos proveer para cada niño y hasta hacerse lo imposible en algunos casos, debido a la falta de cooperación de parte de algunos pacientes de poca edad. Entre las conductas que pueden interferir con el suministro del apropiado tratamiento dental puede ser la hiperactividad, movimientos de resistencia, el negarse a abrir la boca o no mantenerla abierta el tiempo necesario para efectuar el tratamiento dental y hasta la resistencia agresiva o física al tratamiento manifestado por pateos, gritos, arrebatar las manos del dentista o hechar manos a los instrumentos cortantes que el utilice.

Se agotará todo esfuerzo para obtener la cooperación de los pacientes jóvenes, utilizando el calor humano, la amabilidad, la persuasión, el humor, la gracia, la gentileza, la bondad y la comprensión.

Hay varias técnicas de control que son utilizadas por dentistas peditras para lograr la cooperación de sus pacientes jóvenes y para eliminar comportamiento disociado o para evitar que el paciente se haga daño físico debido a movimientos incontrolados. Las técnicas de control de comportamiento más utilizadas en la pediátrica dental son las siguientes:

1. **DECIR-DEMOSTRAR-HACER:** El dentista o el asistente dental explica al niño lo que se va hacer usando terminología sencilla y repetición. Después se le ensena al niño lo que se va mostrándole con instrumentos sobre un modelo, o sobre el dedo del niño o del dentista. Después se efectua el procedimiento en la boca del niño tal como fue descrito. Se usa halagos para re-enforzar la actuacion de cooperación.

2. **REFUERZO POSITIVO:** Esta técnica premia al niño quien demuestra una actuación positiva. Esta recompensa puede ser: elogios, cariños, un abrazo o un premio.

3. **CONTROL CON LA VOZ:** Se logra la atención de un niño de conducta disociada cambiando el tono o aumentado el volumen de la voz del dentista. El contenido de una conversación es menos importante al cambio repentino o abrupta en la voz de mando que se diga.

4. **ARTEFACTOS DE AYUDA:** Se coloca en la boca del niño un artefacto de plástico para impedir que cierra la boca, cuando el paciente se ha negado abrirla o si tiene dificultad en mantenerle abierta.

5. **REFRENAMIENTO FÍSICO POR EL DENTISTA:** El dentista refrena con sus manos los movimientos del niño impidiendo el movimiento de las manos o del cuerpo superior, estabilizando los movimientos de la cabeza y/o controlando los movimientos de las piernas, poniendo al niño firmamente en posición sobre el sillón dental.

6. **REFRENAMIENTO FÍSICO POR EL ASISTENTE DENTAL:** El asistente dental refrena los movimientos del niño sosteniendo sus manos, estabilizando la cabeza y/o controlando los movimientos de las piernas.

7. **TABLAS DE REFRENO (PAPOOSE BOARDS) Y ENVOLTURAS PARA PIERNAS (PEDI-WRAPS):** Estos artefactos de restricción son para limitar los movimientos de interrupciones de un niño. Estos artefactos impiden que los niños se hagan daño físico y permiten que el dentista pueda completar el tratamiento necesario. Se envuelve al niño en uno de estos artefactos y se lo coloca en un sillón dental.

8. **TRATAMIENTO CON SEDATIVOS:** Ha veces se usan medicinas para lograr el relajamiento de un niño que no responde a otras técnicas de control de comportamiento, o que no son capaces de entender o de cooperar en los procedimientos dentales. Estas drogas pueden ser administradas oralmente, por inyección o en la forma de un gas (óxido nítrico y oxígeno). El niño no pierde conocimiento. No se administrara sedativos sin que usted reciba más información al respecto, ni sin que se obtenga su consentimiento específicamente para seguir dicho procedimiento.

9. **ANESTESIA GENERAL:** El dentista efectua el tratamiento dental con el niño anesteciado en el pabellón quirúrgico de un hospital. A su niño no se le aplicará anestesia general sin que usted reciba más información al respecto, ni sin obtener su consentimiento específico para seguir este procedimiento.

DENTISTRY FOR CHILDREN

Miachael and Chan Smiles, Ltd.

850 I Street • Sparks, Nevada 89431

775.358.5330

Estimado Padre o Tutela,

Nosotros estamos muy empeñados en hacer la visita de su niño al dentista una buena experiencia. Las siguientes son opciones como su niño puede recibir tratamiento dental:

1. No anestesia.
2. Anestesia local solamente.
3. Nitrogeno Oxigeno Analgesico.
4. Nitrogeno Oxigeno Analgesico combinado con anestesia local.
5. Premedicación oral (una mezcla de agentes quimicos que reducen el dolor, la aprehensión y la reacción del paciente) combinado con anestesia local y oxido nitroso - oxigeno analogeica. (costo adicional de \$260.00).
- 5a. (Opcional) Oxido-nitroso-oxígeno analgesico con anestesia local, mientras la asistente entrenada sostiene al niño para el procedimiento dental. Esto es disponible para niños de bajo peso (menos de 35 libras) y con excelente salud. La cantidad de tratamiento dental en cada visita será determinada segun la tolerancia del paciente al procedimiento.
6. Anestesia general es realizado en un centro quirurgico o en un hospital, por un anesthesiologo.
- 6a. Como un gasto adicional a nuestro costo dental, usted sera responsable por lo siguiente:
 - i. Un gasto especial pr la reservación del hospital.
 - ii. Costo por el quirofano del hospital, el cual es aproximadamente \$2,500.00.
 - iii. Costo por el anesthesiologo es aproximadament \$800.00
 - iv. Exámenes preoperatorios, fisico y de sangre, al rededor de \$100.00.

Las opciones de arriba, serán mencionadas y arreglos para tal procedimiento elegido serán hechos de acuerdo a su conocimiento de su niño. Si tal manera escogida no resulta segun su norma o la mia, dicho procedimiento será suspêndido y otro procedimiento será escogido segun un acuerdo mutuo. Tal vez sea necesario proteger a su niño durante el tratamiento, como sosteniendo su mano o pierna. También, si necesario, un aparato diseñado especialmente para sostener a su niño durante el tratamiento llamado Tabla de Refreno (Papoose Board) pudiera ser usado.

Por favor, avisenos el tipo de ayuda que usted prefiere. Si cambia de opinión o si hay problemas, avisenos. Si tiene cualquier clase de preguntas, sirvase a preguntarnos, antes de comensar el tratamiento.

MARY ANN MICHAEL, D.D.S., M.S.D. JOSEPH Y CHAN, D.D.S.

CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA:

Yo entiendo que la anestesia local causa adormecimiento de los labios, lengua y cara. Yo entiendo que la posibilidad de mordedura del labio, lengua y cara puede suceder despues del tratamiento cuando se usa anestesia local. Por lo tanto una precaución especial se necesita tomar para evitarlo. Yo reconosco que al seguir instrucciones, las posibilidades de esto pasar son minimas. También, como un resultado del tratamiento en la boca, los labios son estirados y hay posibilidades de hinchazón. Fundas de hielo por 1/2 hora puestas y 1/2 hora fuera, reducira la hinchazón en 3-6 horas. Si la hinchazón persiste al siguiente dia, porfavor llame a la oficina con esta información.

Yo reconosco que en ocasiones hay complicaciones con el tratamiento, drogas o agentes anestesioscos, incluyendo pero no limitado a, infecciones, hinchazón, sangreo, decoloración, nausea, vómito, reacciones alergicas, daños en el cerebro, embolia o ataque al corazón, paralisis total, paralisis en alguna parte del cuerpo, pérdida or pérdidas de alguna función organica, o miembro del cuerpo, cicatrices asociadas con tal procedimiento. Yo ádemas entiendo y acépto que estas complicaciones pueden requerir hospitalización y que pueden causar hasta la muerte.

Fecha _____ Firma de Padre o Tutela Legal _____