

CAROLINA FAMILY HEALTH CENTERS, INC.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

Consentimiento informado para la administración de óxido nitroso

Doy permiso al Dr. _____ para realizar sedación consciente con óxido / oxígeno nitroso. Entiendo las razones por las cuales me recomiendan el tratamiento. Acepto y entiendo que no se requiere el uso de óxido nitroso para proporcionar la atención dental necesaria. Acepto y entiendo que el óxido nitroso se llama comúnmente gas de la risa y que proporciona relajación, permitiéndome estar despierto, totalmente consciente, consciente de mi entorno y capaz de responder racionalmente a las preguntas e indicaciones. Acepto y entiendo que el propósito del óxido nitroso es ayudar a que reciba la atención dental necesaria en forma más cómoda, con menos dolor y / o ansiedad. También acepto y entiendo que el uso de óxido nitroso tiene limitaciones y riesgos y no se puede garantizar el éxito absoluto.

Acepto y entiendo que el óxido nitroso se administrará por vía de inhalación.

Acepto y entiendo que las alternativas al óxido nitroso son:

- Anestesia local.* El procedimiento necesario se realiza solo con anestesia local (adormecimiento).
- Sedación Consciente Oral.* Sedación en forma de píldora que pondrá al paciente en un nivel de conciencia un poco disminuido. Este procedimiento no es ofrecido por Carolina Family Dental Center.
- Sedación intravenosa (IV) / anestésico general:* comúnmente llamado sedación profunda. Un paciente bajo anestesia general no tiene conciencia y debe tener apoyo temporal para respirar. Este procedimiento no es ofrecido por Carolina Family Dental Center.

Me han explicado completamente el uso del óxido nitroso, incluyendo todos los riesgos involucrados. Me han informado que las complicaciones temporales pueden incluir, entre otras, hormigueo: en los dedos de las manos y los pies, mejillas, labios, lengua, cabeza o cuello; pesadez en los muslos y / o piernas, seguido de una sensación de flotación ligera; resonancia en la voz o presencia de un tono hipernasal, sensación cálida en todo el cuerpo, con mejillas sonrojadas; ataques de risa incontrolable o vértigo; puede ocurrir desprendimiento o disociación del entorno; sensación de calor y / o calor intenso e incómodo en todo el cuerpo; sensación de estar flotando ligeramente así como de estar "fuera del cuerpo"; lentitud en el movimiento y balbuceo y / o repetición de palabras; sensación de náuseas, vómitos, agitación; y / o alucinaciones. Todas estas complicaciones son temporales.

He tenido la oportunidad de discutir el uso del óxido nitroso en combinación con mi cuidado dental y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, y estoy completamente satisfecho con las respuestas que recibí. Acepto y entiendo que debo seguir todas las instrucciones recomendadas.

He informado al doctor de mi historial médico completo, incluidas las cirugías o cambios recientes en mi historial médico que involucran infección pulmonar, respiratoria, nasal o de oído, o resfriado común. También acepto y entiendo que debo notificar al médico sobre mi estado mental y físico actual.

Acepto y entiendo que debo notificar al médico si: (1) estoy embarazada, (2) tengo sensibilidad a algún medicamento, (3) he consumido alcohol recientemente y / o (4) estoy tomando medicamentos psiquiátricos que alteran el estado de ánimo.

Por la presente certifico que he leído lo anterior y entiendo completamente este consentimiento y las razones del procedimiento de sedación consciente con óxido nitroso y los riesgos asociados. Soy consciente de que la práctica de la odontología no es una ciencia exacta. Reconozco que se hará todo lo posible para que yo pueda obtener un resultado positivo de la sedación consciente con óxido / oxígeno nitroso, pero no se han hecho garantías sobre el resultado del procedimiento autorizado anteriormente. Acepto, entiendo y estoy de acuerdo con seguir las instrucciones verbales y escritas preoperatorias y postoperatorias.

Nombre del paciente o tutor legal (letra de molde)

Firma del paciente o tutor legal

Fecha de nacimiento del paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del odontólogo

Fecha