

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

SEDACION ORAL (ENTERAL)

SEDACION ORAL O ENTERAL está disponible en esta oficina para asistir y minimizar la ansiedad que puede estar asociada con la visita al Odontólogo. La intención de los sedativos orales es relejarlo y le permite comunicarse con su odontólogo mientras el tratamiento se está realizando. No obstante la sedación oral es segura, efectiva y generalmente libre de complicaciones, al leer y firmar esta forma reconozco y soy consciente de los riesgos posibles de la sedación oral, reconociendo estos riesgos, estoy de acuerdo y acepto la opción de recibir sedación oral.

- 1. Yo reconozco que he leído y firmado esta información de consentimiento** antes de tomar cualquier forma de sedación oral. Yo reconozco que algunos sedativos orales son generalmente prescritos como medicamentos para dormir pero son seguros usados en conjunción con procedimientos dentales para reducir la ansiedad.
- 2. Estoy de acuerdo en no conducir a la oficina o de la oficina después de haber tomado cualquier medicamento sedativo.** Yo entiendo que soy responsable de hacer los arreglos para mi transportación a la oficina y de la oficina dental. Además estoy de acuerdo de no conducir o manejar ninguna maquinaria por el día del tratamiento. Estoy de acuerdo también en tener alguien que este conmigo por varias horas después de la sedación debido a la posible desorientación y para prevenir posibles lesiones al caer debido a la desorientación, pérdida de balance, etc.
- 3. Estoy de acuerdo en informar a la oficina y abstenerse de someterse a sedación oral si las siguientes condiciones están presentes:**
 - A. Hipersensibilidad a las benzodicepinas (Valium, Ativan, Versed),
 - B. Embarazada o lactando
 - C. Enfermedad del Hígado o Rinones
- 4. Yo he revelado a mi Odontólogo que estoy tomando los siguientes medicamentos** que pueden adversamente reaccionar con los sedativos orales: Nefazodone (Serzone) Cimetidine (Tagament, Tagament HB, Novocimetine, Peptol); Levodopa (Dopar o Loradopa) para la enfermedad de Parkinsons; antihistamínicos tales como Benadryl o Tavist); Verapamil (Calan); Diltiazem (Cardizem); Eritomicina y los antimicoticos tales como (Biaxin, Nizoral o Sporanox); medicamentos para tratar HIV (Indinavir y Nelfinavar, alcohol; cualquier droga recreacional o ilícita.
- 5. Efectos Colaterales** pueden incluir mareos dolor de cabeza, visión borrosa, amnesia, nauseas o reacciones alérgicas. Raramente estos efectos pueden requerir atención médica u hospitalización. Con algunos pacientes especialmente fumadores, los sedativos orales no proveen los efectos de controlar la ansiedad; por lo tanto el tratamiento dental puede ser aplazado o terminado.
- 6. Complicaciones pueden resultar si las instrucciones** de no comer o beber por un intervalo específico de tiempo antes de la cita dental no son realizadas.
- 7. El comienzo de muchos sedativos es usualmente de 15 a 30 minutos** y el efecto pico generalmente ocurre entre una y dos horas. Los efectos de la droga generalmente desaparecen casi completamente entre seis a ocho horas después. En casos extremos algunos pacientes sufren de abundante depresión respiratoria severa y la necesidad de ser hospitalizados y en muy raros casos ataques cardíacos o muerte. Por lo tanto es esencial de notificar al odontólogo inmediatamente de cualquier reacción adversa o retraso en la recuperación después del procedimiento.
- 8. Yo estoy de acuerdo en el uso de Oxido Nitroso (Gas de la Risa) en conjunción con los sedativos orales** así como con los anestésicos locales.
- 9. Yo autorizo al Odontólogo para usar su mejor juicio en manejar algún imprevisto y condiciones** las cuales pueden ser inesperadas durante el curso de la sedación oral y el procedimiento dental. Yo reconozco que la falta de cooperación con las recomendaciones como la dosis y otros protocolos asociados con la sedación oral pueden contribuir a menos efectos deseados.
- 10. INFORMACION DE CONSENTIMIENTO:** Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas concernientes a la naturaleza y el propósito de la sedación oral o enteral y he recibido respuestas a mi satisfacción. Yo reconozco que la sedación oral es una opción y no es absolutamente necesaria para el tratamiento dental pero sin embargo yo acepto esta opción. Yo voluntariamente asumo alguno y todos los posibles riesgos, incluyendo pero no limitados a los descritos anteriormente, incluyendo el riesgo de un daño substancial o incluso la muerte el cual puede estar asociado con la droga usada en la sedación oral. Yo entiendo que el tratamiento planeado puede ser pospuesto o terminado si las drogas de la sedación oral no proveen el efecto deseado. No garantías o promesas se me han dado respecto a la eficacia de la sedación oral en mi caso o en el de mi hijo menor por el cual doy mi consentimiento para este procedimiento. Los precios por el servicio se me han explicado a mi satisfacción. Al firmar esta forma. Yo doy mi libre consentimiento y autorizo al Dr. _____ y/o asociados o agentes a rendir sedación oral como consideren necesarios y recomendables para mi condición dental, incluyendo prescripción o administración apropiada de cualquier anestésico y medicamentos.

Nombre del paciente

Paciente, Representante Legal o Guardián

Fecha

Testigo

Fecha