

## Consentimiento Para Administrar Sedación Consciente y/o Oxido Nitroso Para Tratamiento Dental

Algunos niños no pueden recibir tratamiento dental en la manera normal debido a su edad, miedo, experiencias dentales pasadas, o nerviosidad. Las opciones para estos niños incluyen las siguientes: 1) demorar el tratamiento, 2) restringir al niño para lograr el tratamiento urgente que sea necesario, 3) tranquilizar al niño a un nivel a cual el tratamiento dental se pueda hacer de una forma cómoda, 4) darle al niño un anestésico general en el hospital, o 5) procediendo con el tratamiento bajo circunstancias menos favorables. Todas estas posibilidades incluyen varias ventajas, desventajas, y riesgos. Demorando el tratamiento puede permitir que la enfermedad dental progrese a una situación de urgencia, incluyendo la formación de un absceso, infección, dolor, fiebre y riesgos al desarrollo de los dientes permanentes, o contribuir a un problema dental de largo plazo. Alterando o restringiendo a un niño puede aumentar el miedo del tratamiento dental, y el anestésico general puede tener efectos adversos en algunos niños, sin mencionar los riesgos.

Los factores considerados en administrando drogas sedantes incluyen el historial médico, reacción previa a las drogas, la edad, el peso, el comportamiento del niño, y el tratamiento que tiene que ser cumplido. A pesar de tales consideraciones, la reacción del niño a las drogas sedantes puede variar de pocos efectos a sedación profunda. Las reacciones desfavorables a las drogas sedantes incluyen, pero no son limitadas a, náusea, vómitos, mareos, problemas con la respiración, reacciones alérgicas, coma, y muerte. Además de los medicamentos sedantes, óxido nitroso y oxígeno se pueden usar para suplementar la sedación y entregar el oxígeno. Los riesgos y las complicaciones con el uso de óxido nitroso son raros, y sus efectos se desaparecen despues completamente de cinco (5) minutos. Las complicaciones más communes son la náusea y los vómitos.

Medidas apropiadas y aceptables seran tomadas para optimizar la seguridad de su hijo(a) y para lograr la calidad de la odontología pediátrico; sin embargo, no se le dan a usted ningun tipo de garantías o aseguramientos de los resultados que se pueden lograr. Estas medidas pueden incluir una manta de papoose para evitar movimientos repentinos o otras medidas que le proporcionará a su hijo un ambiente seguro. Además, se usará un anestésico local para controlar el dolor. Los riesgos implicados para el anestésico local son los mismos que los de medicamentos sedantes.

Yo certifico que he leído y entendido la información anterior y que todas mis preguntas en relación a los procedimientos, los riegos materiales, y las complicaciones han sido contestadas a mi satisfacción. Con la firma de este documento, yo les doy mi permiso al Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, y Dr. Luce para administrar sedación consciente a mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Imprima Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Relacion al Niño/a

Estoy de acuerdo en no salir de la oficina durante el tratamiento de mi hijo/a.

Si es necesario, doy permiso que mi hijo/a sea asegurado con un tablero de papoose por la seguridad de mi hijo/a.

(      )

\_\_\_\_\_  
Inicial

\_\_\_\_\_  
Firma de Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Imprima Su Nombre



# DENTISTRY FOR CHILDREN

**Jordan Tarver, D.M.D.-Aaron Scheps, D.D.S.**

**www.LakelandPediatricDentistry.com**  
**1111 N. PARKWAY FRONTAGE RD. - LAKELAND, FL 33803**  
**PHONE: (863) 644-2408 FAX: (863) 646-8493**

Yo como padre de ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) doy permiso  
Nombre y apellido del paciente Fecha de nacimiento

para que ( \_\_\_\_\_ ) acompañe y de su consentimiento completo  
Nombre y apellido del adulto acompañante

a Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina para los siguientes procedimientos dentales: examen, limpieza, aplicación de flúor, radiografías necesarias para el diagnóstico apropiado, tratamiento necesario, sedación consciente, y óxido nitroso.

Yo doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina que discutan la historia personal médica/dental acerca de mi hijo(a) con el adulto arriba autorizado.

Yo le pido y autorizo al Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina en examinar, limpiar, aplicar flúor y proporcionar a mi hijo con el tratamiento dental completo incluyendo pero sin limitación a: plata/rellenos blancos, coronas, extracciones, impresiones, mantenedores de espacio, puente pediátrica, selladores, sedación consciente, y el óxido nitroso. Además yo solicito y autorizo la tomada de radiografías dentales que se consideren necesarias por el Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, y el Dr. Luce para diagnosticar y/o tratar la condición dental de mi hijo(a).

Yo entiendo que el tratamiento dental puede cambiar. Autorizo el adulto nombrado arriba para que dé su consentimiento a los cambios del tratamiento que se consideren necesarios por los dentistas.

Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción entera y le doy permiso al Dr. Tarver, Dr. Scheps, Dr. Depew, Dr. Luce y su personal de oficina para el tratamiento de mi hijo(a). Entiendo que yo sere responsable de los gastos incurridos por mi hijo(a) del tratamiento dental.

\_\_\_\_\_  
Imprima Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Relación al niño/a

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

***\*Por favor dele a nuestra oficina un número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted en el día de la cita dental de su hijo(a).\****

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono  
(en caso de emergencia el día de la cita)

\_\_\_\_\_  
Fecha de su cita