

Sleep Easy Dental, P.C.

Dr. Miriam Chung

Instrucciones de anestesia preoperatoria

Por favor, lea y siga cuidadosamente las instrucciones de abajo.

1. **Comer y beber:** no coma ni beba nada después de **medianoche**. Esto incluye zumo de naranja, goma de mascar, batidos o chupar caramelos duros.
2. **Transporte:** usted debe hacer arreglos para que un acompañante adulto responsable esté presente físicamente en el consultorio dental al finalizar el procedimiento para que lo acompañe a casa. Los pacientes menores de dieciocho años de edad deben tener un padre o tutor legal presente en el momento de la cirugía con el fin de dar su consentimiento por escrito para la anestesia.

Padre: si usted va a manejar, debe haber otro adulto en el auto para cuidar del niño.

3. **Medicamentos:** traiga una lista de todos los medicamentos que está tomando ahora. Incluya con esta lista de las dosis, la frecuencia, y cuando se toma los medicamentos.

Si recientemente ha tomado drogas ilegales, debe decirle al anesthesiólogo. Ciertas drogas pueden reaccionar de manera adversa con los medicamentos que el médico pueda estar usando.

4. **Ropa:** usted debe estar vestido con ropa cómoda y con una camiseta de manga corta. Esto permitirá que el anesthesiólogo pueda iniciar una IV y pueda colocar todos los monitores sin la necesidad de quitarle la ropa. Traiga una manta, ya que los pacientes tienden a sentir frío cuando están bajo anestesia. No se deben llevar lentes de contacto a la oficina.
5. Si usted comienza a desarrollar o tener un resfriado, fiebre, o cualquier otra enfermedad aguda, llame al consultorio de su dentista.
6. Las mujeres embarazadas no pueden recibir anestesia para cirugías que no sean de emergencia.

Sleep Easy Dental, P.C.

Dr. Miriam Chung

Historia Pediátrica de Salud

Nombre Paciente: _____ Padre: _____
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____
Código Postal: _____ Teléfono: _____

Historia Médica del Paciente

Sexo: M F Peso: _____ lbs Estatura: _____
Fecha de Nacimiento: _____

POR FAVOR MARQUE:

- Sí no ¿Eres alérgico a algo? Nombre medicamentos y tipo de reacciones: _____
- Sí no ¿Estas tomando alguna medicación? (Incluya prescripción, sin receta médica, ojo gotas, INHALADORES y medicamentos a base de hierbas) _____
- Sí no Por favor liste cirugías anteriores: _____
- Sí no ¿Ha tenido alguna vez problemas con anestésicos (nausea o vómito)?
- Sí no ¿Antecedentes familiares de hipertermia maligna?
- Sí no ¿Ha tenido una infección reciente del tracto respiratorio superior? ¿Cuándo? _____

Ha sido el paciente diagnosticado alguna vez con:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Asma | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Hemofilia |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Bronquitis | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Fibrosis Cística |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | COPD | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Hernia |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Parálisis Cerebral | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Enfermedad Muscular |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Diabetes (Tipo 1 o Tipo 2) | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Distrofia Muscular |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Soplo Cardíaco | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Síndrome Pierre-Robin |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Latido Irregular | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Anemia Falciforme |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Problemas Tiroides (Hipo- o Hiper-) | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Tetralogía de Fallot |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Mareos | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Ardor del Corazón |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Apnea del Sueño | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Enfermedad riñones |
| <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Síndrome Down | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Enfermedad Hígado |
| Otro Síndrome: _____ | | | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> no | Traqueo malacia |

¿Está el paciente bajo el cuidado de alguno de los siguientes especialistas?

Cardiólogo	Endocrinólogo	Genetista	Hematólogo
Neurólogo	Oncólogo	Neumólogo	Pediatra

¿Cualquier otro comentario? _____

Sleep Easy Dental, PC
T 646-812-3022
F 718-324-4601

SleepEasyDental@gmail.com
www.SleepEasyDental.com

Sleep Easy Dental, P.C.

Dr. Miriam Chung

Consentimiento de anestesia pediátrica

1. Yo, _____, pido recibir anestesia durante mi tratamiento dental. Entiendo que el anesthesiólogo estará presente durante la totalidad del procedimiento.
2. Entiendo que, independientemente del tipo de anestesia (general o sedación IV) y los procedimientos asociados necesarios utilizados, hay una serie de riesgos o consecuencias que pueden ocurrir. Los siguientes representan algunos, pero no todos, los riesgos y consecuencias previsibles comunes que se pueden producir: dolor de garganta, ronquera, náuseas, vómitos, lesiones en los ojos, moretones o sensibilidad en los lugares IV o IM, o dolor de cabeza. Los riesgos infrecuentes, pero graves que pueden ocurrir incluyen pero no se limitan a: cambios en la presión sanguínea, reacciones a fármacos, paro cardíaco, derrame cerebral, daño cerebral, daño a los nervios, parálisis o muerte, y vómito con aspiración requeriría el transporte de emergencia y hospitalización.
3. Entiendo que soy responsable de los costos del tratamiento de las posibles complicaciones que requieren tratamiento médico adicional.
4. Entiendo que los medicamentos que estoy tomando pueden causar complicaciones con la anestesia. He informado a mi anesthesiólogo acerca de cualquier medicamento que estoy tomando ahora.
5. Entiendo que no debo comer o beber nada después de las 11 de la noche antes de la cita. Estas restricciones son para la seguridad del paciente.
6. Entiendo que los padres no estarán presentes durante el procedimiento, pero serán invitados a acompañar a sus hijos durante la inducción (inicio) y la recuperación de la anestesia.
7. CERTIFICO que he leído y entendido este consentimiento para anestesia y que las explicaciones objeto de la misma fueron hechas. Reconozco que he tenido la oportunidad de discutir la anestesia con los médicos involucrados y he recibido respuestas a todas mis preguntas.

Nombre del padre: _____ Firma: _____

Anesthesiólogo: _____ Fecha: _____

Entiendo que, en virtud de la La Ley Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Una política más detallada HIPAA está disponible bajo petición.

Entiendo que esta información puede y será usada para:

- 1) conducir, planear y dirigir el tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que pueden estar implicados en ese tratamiento directa e indirectamente;
- 2) obtener el pago de terceros.

Firma: _____ Fecha: _____

Sleep Easy Dental, P.C.

Dr. Miriam Chung

Acuerdo Financiero

Entiendo que el anesthesiólogo no participa como proveedor dentro de la red con planes de seguro. A petición mía, se me proporcionará un recibo que será adecuado para enviarlo a mi compañía de seguros médicos o dentales para solicitar el reembolso; sin embargo, la anestesia para los servicios dentales rara vez es un beneficio cubierto. Sleep Easy Dental no se responsabiliza por los límites de la cobertura del seguro.

El pago de un depósito no reembolsable de \$ 500 se debe antes de la cita programada. El pago restante se debe realizar el día de la cita y se puede hacer con efectivo o con tarjeta de crédito. Los cheques no son aceptados. Entiendo que el momento de la anestesia incluye el tiempo de tratamiento total del dentista, el tiempo de preparación de la anestesia y el tiempo de recuperación. Los cargos de anestesia se basan en el siguiente programa de tarifas: \$ 800 por la primera hora y \$ 150 por cada 15 minutos a partir de entonces .

Entiendo que el hecho de no pagar los servicios de manera oportuna puede dar como resultado que mi cuenta se envíe a un abogado o agencia de cobro para su cobro y acepto que seré responsable de todos los honorarios de abogados y los costos de cobro asociados con los mismos .

Reconozco que estoy firmando esta declaración voluntariamente, y que no se está firmando bajo coacción o después de que los servicios ya se hayan proporcionado. Entiendo que al firmar este formulario, seré completamente responsable del total de los cargos facturados por los servicios detallados anteriormente y le pagaré al proveedor este monto, independientemente de cualquier pago que las compañías de seguros me envíen.

Sí, me gustaría un recibo detallado enviado a mi email: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Pagado (si es diferente): _____

Fecha: _____

Sleep Easy Dental, PC
T 646-812-3022
F 718-324-4601

SleepEasyDental@gmail.com
www.SleepEasyDental.com

Sleep Easy Dental, P.C.

Dr. Miriam Chung

Instrucciones de alta

Anestesia: los efectos residuales sutiles de la anestesia general o sedación pueden durar más de 24 horas. Usted debe contar con la compañía de adulto responsable durante las próximas 24 horas. Descanse durante el resto del día. Aunque se sienta normal dentro de las primeras horas, sus reflejos y la capacidad mental pueden verse afectados sin que se dé cuenta. Puede sentirse mareado o soñoliento durante unas pocas horas después del efecto de la anestesia. No consuma alcohol, conduzca, opere alguna maquinaria o realice decisiones personales o empresariales importantes por 24 horas. Después de una anestesia general, es normal sentir dolor en el cuerpo y los músculos durante 24 horas. También puede presentar un dolor de garganta temporal.

Dieta: evite la ingesta de productos lácteos durante las primeras 3 horas, si es evitable. Líquidos claros durante el primer par de horas (como agua, jugo de arándano y gatorade). Migre lentamente a una dieta normal según la tolerancia, a menos que se lo indique su dentista.

Medicamentos: su dentista le puede haber dado recetas para la medicación postoperatoria o su oficina puede haberle brindado medicamentos a usted directamente. Si tiene alguna reacción a alguna de sus medicinas, tales como náuseas, vómitos y/o erupciones en la piel, deje de tomar el medicamento y llame a su dentista. La anestesia local (como lidocaína) es común después de procedimientos dentales, por lo que algunas partes de la boca pueden estar entumecidas.

Se recomiendan los siguientes medicamentos según sea necesario para controlar el dolor postoperatorio:

- Acetaminofén (siga las instrucciones del envase)
○ Puede comenzar inmediatamente o Puede comenzar a ____ pm/am
- ○ -
- Ibuprofeno/Motrin/Advil (siga las instrucciones del envase)
○ Puede comenzar inmediatamente o Puede comenzar a las ____ pm/am
- ○ -
- Medicamentos para el dolor recetado por el dentista

Náuseas/vómitos: la reacción adversa más común después de la anestesia es un poco de náuseas y vómitos. Se le dieron medicamentos contra las náuseas durante la operación. Si las náuseas/vómitos están presentes después de la operación, limite la dieta para limpiar fluidos hasta que las náuseas desaparezcan. Si las náuseas son severas y prolongadas, póngase en contacto con el anesthesiólogo.

Entiendo todas las instrucciones de alta que me han brindado el anesthesiólogo o el asistente. Todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Si tengo alguna pregunta o problema con respecto a mi anestesia, es posible ponerme en contacto con el anesthesiólogo en cualquier momento.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Sleep Easy Dental, PC
P 646-812-3022
F 718-324-4601

SleepEasyDental@gmail.com
www.SleepEasyDental.com