



□ Bell Location

4901 W. Bell Rd; Ste. 100
Glendale, AZ 85308
(602) 843-1275

□ Phoenix Location

7777 N 43rd Avenue
Phoenix, AZ 85051
(602) 888-7844

□ PCH Location

1701 E. Thomas Rd; Ste. 204
Phoenix, AZ 85016
(602) 253-6600

Instrucciones Preoperatorias Para Sedación Oral

Para facilitar el tratamiento dental, a su hijo se le administrarán medicamentos sedantes el día de la cita.

□ Meperidina (Demerol) e Hidroxizina (Vistaril) (45 minutos a 1 hora para sedación)
(Aproximadamente una cita de 2 horas)

□ Midazolam (Versed) e hidroxizina (Vistaril) (15 a 30 minutos para sedación)
(Cita de 30 min – 1 hora aproximadamente)

Este formulario tiene como objetivo documentar la conversación que hemos tenido sobre el procedimiento de sedación consciente planificado para su hijo. Los medicamentos que utilizamos suelen ser sedantes y analgésicos. Estos medicamentos pueden minimizar en gran medida la ansiedad que puede estar asociada con la visita al dentista. Su uso en el consultorio induce un estado de relajación que progresa a un estado de sedación. Este nivel de sedación se llama "sedación consciente".

Los beneficios de la sedación consciente incluyen: Reducción de la conciencia de imágenes, sonidos y sensaciones desagradables asociados con el procedimiento, junto con una reducción de la ansiedad. Algunos pacientes se quedan dormidos, pero no siempre. La retirada del procedimiento es una posibilidad, pero no común. Aunque la sedación consciente es segura, eficaz y desaparece rápidamente después de la visita al dentista, usted debe tener en cuenta algunas precauciones y consideraciones importantes.

Los riesgos del tratamiento bajo sedación consciente incluyen: malestar, hinchazón, hematomas, infección, entumecimiento prolongado, náuseas y reacciones alérgicas. Las náuseas y los vómitos son más comunes después de las extracciones, pero pueden ser un efecto secundario del propio anestésico.

Los tipos alternativos de anestesia incluyen: La anestesia local utiliza únicamente medicamentos anestésicos. El óxido nitroso (comúnmente conocido como gas de la risa) se utiliza por sus efectos anestésicos y reductores del dolor, y anestesia general cuando su hijo está dormido.

Obligaciones de los Padres o Tutores para el día de la cita:

1. El día de la cita, es muy importante que su hijo llegue con el **VIENTRE VACÍO**. Esto significa **NO COMER NI BEBER** durante al menos **8 horas antes** de la cita. De lo contrario, podrían producirse complicaciones potencialmente mortales.
2. Por favor traiga a su hijo vestido cómodamente; Pijamas (**NO MAMELUCO**), sudaderas, etc. Las trenzas están bien, no se permiten coletas de caballo ni pinzas para el cabello.
3. Su hijo deberá estar acompañado por un adulto responsable que permanecerá con él durante 24 horas.
4. Su hijo debe pasar **un día tranquilo en casa** después de la cita. **NO PUEDE ASISTIR A LA ESCUELA/GUARDERÍA O ACTIVIDADES EXTERIORES.**
5. **SOLO UN PADRE** puede acompañar a su hijo durante el tratamiento; sin embargo, si traes otro niño, tendrás que esperar en la sala de espera. **NO SE PERMITEN hermanos en la sala de tratamiento ni estar solos en la sala de espera.**

La seguridad de su hijo es nuestra prioridad número uno. Se deben seguir estas instrucciones.

Después de la cita de sedación, se le darán las instrucciones post operatorias adecuadas. Su hijo estará somnoliento y será necesario vigilarlo muy de cerca. Mantenga a su hijo alejado de posibles daños. Si su hijo quiere dormir, colóquelo de lado con la barbilla hacia arriba. Despierte a su hijo cada hora y anímalo a beber para evitar la deshidratación. Al principio, es mejor darle a su hijo pequeños sorbos de líquidos claros para prevenir las náuseas. La primera comida debe ser ligera y de fácil digestión. Si su hijo vomita, ayúdalo a inclinarse o, si está acostado, asegúrese de que esté de lado para asegurarse de que no inhale el vómito.

Entiendo que las reacciones individuales al tratamiento no se pueden predecir y, si mi hijo experimenta alguna reacción después del tratamiento, acepto informarlo al médico de inmediato.

Reconozco que he leído lo anterior y he discutido cualquier pregunta o inquietud que pueda tener con respecto al tratamiento propuesto para mi hijo. Autorizo a los médicos de Tooth Club For Kids a administrar medicamentos sedantes a mi hijo junto con el procedimiento dental planificado.

Nombre del paciente

Nombre del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha