CONSENTIMIENTO INFORMADO
SEDACION INTRAVENOSA

ENTIENDO que someterse a ANESTESIA/SEDACION INTRAVENOSA incluye posibles riesgos inherentes tales como, pero no limitado a lo siguiente:

1. **COMPLICACIONES DE LOS MEDICAMENTOS Y LA ANESTESIA**, que incluyen pero no se limitan a: sensibilidad, hematomas,náuseas, vómitos, hinchazón, sangrado, infección, entumecimiento, reacción alérgica, derrame cerebral y ataque cardíaco. Algunos de
Estas complicaciones, aunque raras, pueden requerir hospitalización e incluso provocar la muerte.
2. **HEMATOMAS O SENSIBILIDAD EN EL SITIO DE INDUCCION INTRAVENOSA** Puede ocurrir. Algunos agentes sedantes pueden causar una sensación de ardor o picazón en la muñeca o el brazo durante la inducción. El edema puede ser causado cuando el exceso de I.V. líquido ingresa a los tejidos circundantes y puede tardar varios días en resolverse. A veces flebitis (inflamación de el sitio de punción venosa) pueden requerir tratamiento adicional. La sensibilidad/edema se puede tratar con calor húmedo y cálido aplicado al sitio.
3. **NECESIDAD DE LIMITACIÓN DE ALIMENTOS O BEBIDAS**. Entiendo que el paciente debe abstenerse de cualquier alimento o bebida después de medianoche antes de una cita por la mañana. Antes de una cita por la tarde, el paciente está limitado a una desayuno ligero a más tardar seis horas antes de la hora del tratamiento y líquidos claros hasta tres horas antes del tratamiento. El dentista o el anestesiólogo pueden dar instrucciones adicionales según los procedimientos a seguir y otros factores.
4. **LOS CAMBIOS EN LA SALUD SON IMPORTANTES**, incluyendo fiebres o "resfriados comunes". Se espera que transmita esta información al dentista antes de una cita planificada cuando se trate de sedación/anestesia.
5. **UN ADULTO RESPONSABLE DEBE ACOMPAÑAR AL PACIENTE AL MOMENTO DE DAR DE ALTA**, y entiendo que el paciente no debe conducir un vehículo ni tomar un autobús o taxi después de someterse a una inyección intravenosa o sedación/anestesia.
6. Mujeres: Los anestésicos, medicamentos y drogas pueden ser perjudiciales para el feto y causar defectos de nacimiento o aborto espontáneo, acepto total responsabilidad de informar al dentista o anestesiólogo asistente o anestesista de un embarazo sospechado o confirmado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Se me ha brindado la oportunidad de hacer cualquier pregunta sobre la naturaleza y el propósito de sedacion intravenosa/anestesia y he recibido respuestas satisfactorias. Asumo voluntariamente todas y cada una de los riesgos médicos/dentales, incluido el riesgo sustancial y significativo de daño grave, si lo hubiera, que pueda estar asociado con la administración de sedación intravenosa con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados del tratamiento que se va a realizar.
a mí. No se me han hecho garantías ni promesas con respecto a mi recuperación y los resultados del tratamiento que se realizará prestado a mí. Las tarifas por este servicio me han sido explicadas y son satisfactorias. Al firmar este formulario, estoy dando libremente mi consentimiento para permitir y autorizar al Dr._____ y/o sus asociados a brindar cualquier tratamiento necesario o aconsejable para mis condiciones dentales, incluido todos y cada uno de los anestésicos y medicamentos, para mi propio beneficio o el de mi hijo menor o tutelado. Entiendo que el anestesiólogo tratante o anestesista puede solicitar que firme un consentimiento informado adicional generado por su consultorio.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma del paciente, tutor legal o representante autorizado	Fecha
	_____	_____
	Firma del Testigo	Fecha