

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA GENERAL

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de la cirugía: ____/____/____

1. El paciente mencionado anteriormente (el “**Paciente**”) recibirá anestesia general para facilitar la atención odontológica.
2. La anestesia general es un estado de inconsciencia controlado, inducido por fármacos, acompañado de una pérdida parcial o total de los reflejos protectores, incluida la incapacidad de mantener una vía aérea de forma independiente y/o responder de forma intencionada a la estimulación física o a una orden verbal.
3. Por lo general, se coloca un catéter intravenoso y se pasa un tubo endotraqueal (de respiración) a través de las fosas nasales durante esta anestesia. Si bien la odontología a menudo se realiza bajo anestesia local, bajo sedación o sin anestesia en absoluto, se le ha solicitado a Associates In Anesthesia, Inc. que proporcione anestesia general al paciente para el tratamiento dental.

RECONOCIMIENTO:

Certifico que soy el Paciente, el tutor legal del Paciente o que de otra manera he sido facultado para dar el consentimiento en nombre del Paciente. Reconozco que el consentimiento informado para el tratamiento dental se ha obtenido por separado.

Entiendo que los efectos secundarios comunes de la anestesia incluyen: náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor de garganta, ronquera y epistaxis (sangrado por la nariz). También pueden ocurrir riesgos más graves e inesperados. Estos riesgos incluyen, entre otros: daños en los dientes, la boca, las cuerdas vocales, abrasiones corneales, neumonía, entumecimiento y reacciones alérgicas o adversas a medicamentos. Entiendo que pueden ocurrir eventos raros como sueños o recuerdos de eventos inoperantes, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, parálisis, daño al hígado, riñones u otros órganos, daño cerebral permanente y muerte. Entiendo que los riesgos se aplican a cualquier método de anestesia.

He sido informado de los riesgos y consecuencias médicamente significativos asociados con la administración de anestesia general, y comprendo que la anestesia general no es una ciencia exacta y no se puede garantizar el resultado.

También se me ha informado que, al llamar a la oficina principal de Special Smiles, Ltd. al 267-639-6250, puedo programar una reunión telefónica con un miembro del personal médico de Associates In Anesthesia, Inc. (el “**Anestesiólogo**”) para hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre la administración propuesta de anestesia general, sus riesgos asociados, cualquier método alternativo de administración, los riesgos asociados de dicho método y los posibles resultados de no recibir sedación previa y/o anestesia general.

Reconozco que he leído y comprendido este Consentimiento informado para la administración de anestesia general (este “**Formulario de consentimiento**”), y que todas mis preguntas sobre el manejo del paciente, la sedación previa y la anestesia general han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto no alterar este formulario y además acepto que dichas alteraciones no serán válidas.

Además, reconozco que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas que pudiera tener sobre la administración propuesta de anestesia general, los riesgos asociados, cualquier método alternativo de administración y los riesgos asociados a dicho método y que se me ha proporcionado toda la información que he solicitado.

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y DOY MI CONSENTIMIENTO Y PERMISO A ASSOCIATES IN ANESTHESIA, INC., COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE DE SPECIAL SMILES LTD, PEDIATRIC DENTAL ASSOCIATES, LTD, CHILDREN'S DENTAL MANAGEMENT Y KIDS SMILES, INC., PARA ADMINISTRAR ANESTESIA GENERAL BAJO LA DIRECCIÓN DE UN MIEMBRO DEL PERSONAL MÉDICO DE ASSOCIATES IN ANESTHESIA, INC. (EL “**ANESTESIÓLOGO**”). ENTIENDO QUE CIRCUNSTANCIAS IMPREVISTAS PUEDEN REQUERIR CAMBIOS EN LA ANESTESIA PLANIFICADA. POR LO TANTO, ACEPTO CUALQUIER CAMBIO EN EL MANEJO DE LA ANESTESIA SEGÚN LO CONSIDERE NECESARIO EL ANESTESIÓLOGO. **ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ VIGENTE DURANTE 90 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA POR EL TUTOR LEGAL.**

Nombre del padre/tutor (escriba el nombre completo) _____

Firma del anestesiólogo/Fecha _____

Firma del padre/tutor _____

Firma del testigo/Fecha _____

Relación con el paciente _____

Nombre del testigo (escriba en letra de imprenta) _____

Número de teléfono del tutor legal _____

Fecha _____