



2301 E. Allegheny Ave, Suite 120, Philadelphia, Pa 19134
T: 267-639-6250 | F: 267-639-6270
www.specialsmilesd.com

AUTORIZACIÓN DE ESPECIALISTA MÉDICO / SOLICITUD DE CONSULTA PREVIA A LA ANESTESIA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Special Smiles ofrece atención médica oral integral para personas con discapacidades intelectuales, psicológicas o del desarrollo y que requieran anestesia general para recibir cuidado dental de forma segura.

Nuestro equipo de anestesiólogos solicita su evaluación de las condiciones médicas relevantes del paciente y el riesgo perianestésico antes de realizar el procedimiento dental planeado en nuestro centro dental ambulatorio.

Complete este formulario y envíelo por FAX o correo electrónico junto con la siguiente información:
(FAX: (267) 639-6270 o correo electrónico: front.desk@specialsmilesd.com)

- Notas sobre las visitas más recientes a la oficina
- Cualquier resultado relevante de pruebas
- Lista actual de medicamentos

Proporcione información sobre gestión de SBE o coagulantes, si corresponde:

Gracias por su colaboración al respaldar el cuidado seguro de nuestro paciente mutuo. Comuníquese con nuestra oficina si tiene preguntas

Por la presente, certifico que, en función de mi evaluación y mi conocimiento de las condiciones de este/a paciente, el/ella tiene condiciones óptimas para someterse a una cirugía dental con anestesia general en un entorno ambulatorio.

Firma del médico

Fecha

Nombre y credenciales en letra impresa del médico

Especialidad

Nombre del consultorio/organización

Teléfono

Fax

Correo electrónico