



## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA SEDACIÓN CONSCIENTE INTRAVENOSA (IV)

Yo, (Escriba el nombre del paciente) \_\_\_\_\_, por la presente autorizo al Dr. Williams a realizar la SEDACIÓN CONSCIENTE INTRAVENOSA (IV) y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o recomendable como complemento al procedimiento de sedación planificado, ya sea para mí o para mi hijo/a. Consiento la administración de dicha anestesia/sedación para mi hijo/a o para mí por cualquier vía que considere adecuada el Dr. Williams, quien es un dentista general. Entiendo que el Dr. Williams estará a cargo completo de la administración y mantenimiento de la anestesia/sedación, y que esta es una función independiente del procedimiento dental.

Comprendo que existen posibles complicaciones/riesgos asociados con la administración de fármacos anestésicos/sedantes, tales como, pero no limitados a:

### RIESGOS DEL TRATAMIENTO

1. Náuseas y vómitos: este es el efecto secundario más frecuente de la sedación consciente intravenosa, pero su frecuencia sigue siendo bastante baja. Para poder utilizar la sedación consciente intravenosa, usted o su hijo/a no deben haber comido durante seis (6) horas previas al procedimiento.
2. Dolor, hematoma, flebitis, entumecimiento, hinchazón, sangrado, moretones y posibles reacciones alérgicas también son posibles efectos secundarios de la sedación consciente intravenosa.
3. Además, entiendo el riesgo de que las complicaciones puedan requerir hospitalización y pueden resultar en paro cardíaco, lesiones cerebrales y/o muerte.
4. Es posible que también se requiera anestesia local para la mayoría de los procedimientos, ya que la sedación consciente intravenosa se utiliza para controlar la ansiedad y el dolor, así como para controlar el reflejo de arcada.

POR FAVOR, AVISE AL DOCTOR Y AL PERSONAL SI USTED (O EL NIÑO/A) TIENE UN RESFRIADO, INFECCIÓN RESPIRATORIA SUPERIOR, ASMA O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. TAMBIÉN DEBE AVISAR AL DOCTOR Y AL PERSONAL SI USTED O SU HIJO/A SON ALÉRGICOS A ALGÚN MEDICAMENTO O HAN EXPERIMENTADO REACCIONES ADVERSAS PREVIAS A LA ANESTESIA O SEDACIÓN.

Entiendo que los anestésicos, sedantes, medicamentos y otras drogas pueden ser perjudiciales para un feto en gestación y pueden causar malformaciones congénitas o aborto espontáneo. Reconociendo estos riesgos, asumo plena responsabilidad de informar al Dr. Williams sobre un embarazo sospechado o confirmado, con el entendimiento de que esto requerirá el aplazamiento de la anestesia/sedación. Por las mismas razones, entiendo que debo informar al Dr. Williams si soy una madre lactante.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE ENTIENDO ESTA AUTORIZACIÓN Y LOS MOTIVOS DEL PROCEDIMIENTO DE SEDACIÓN MENCIONADO ANTERIORMENTE,

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ANESTHESIA**

**ORAL SURGERY**

**IMPLANTOLOGY**

**COACHING**

**P:** 713-489-8338

**E:** [Info@Jaredwdds.com](mailto:Info@Jaredwdds.com)

**W:** [Jaredwdds.com](http://Jaredwdds.com)