Nombre del paciente:_____

CONSENTAMIENTO PARA LA ANESTESIA

La seguridad del paciente es nuestra máxima preocupación. Las complicaciones serias son raras y no es de esperar. El anestesiólogo estará presente con el paciente durante la totalidad del procedimiento. El equipo de anestesia avanzada requerido por el estado de Arizona estará presente y los signos vitales del paciente serán monitoreados durante el procedimiento. Sin embargo, hay ciertos riesgos que son inherentes a la administración de la anestesia. Estos incluyen pero no se limitan a: moretones o sensibilidad en el sitio IV o IM (tiro), dolor en la boca, labios, nariz o garganta, mareos temporales, visión borrosa, debilidad y deterioro del juicio, somnolencia postoperatoria, náuseas y / O vómitos. Por estas razones, se recomienda al paciente evitar conducir o tomar decisiones importantes durante las 24 horas siguientes a la anestesia. Los niños sometidos a anestesia deben tener supervisión parental directa 24 horas después de la anestesia. Las complicaciones extremadamente raras de la anestesia general como la anafilaxia, la hipertermia maligna, las arritmias cardíacas o el arresto, y el vómito con aspiración requerirían transporte de emergencia y hospitalización.

Como en el caso de los procedimientos normales de sala de operaciones**, no se permitirá que los miembros de la familia estén presentes durante el procedimiento,** pero se les invitará a acompañar al paciente durante la inducción y la recuperación de la anestesia.

Yo, _____, entiendo los riesgos y posibles complicaciones, así como el plan de anestesia que me lan explicado.. Entiendo que soy responsable de los costos de tratar cualquier complicación potencial que requiera tratamiento médico adicional. He tenido todas mis preguntas respondidas a mi satisfacción y estoy de acuerdo en proceder con la anestesia. Por lo presente autorizo a un anestesiólogo de Arizona Dental Anesthesia, LLC a prestar servicios de anestesia y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o aconsejable como un corolario del procedimiento anestésico planificado. Entiendo que el anestesiólogo no asume ninguna responsabilidad por el tratamiento dental realizado y que el dentista no asume responsabilidad alguna por la anestesia realizada

FEMINIZADAS: Entiendo que la anestesia puede ser perjudicial para el feto y puede causar defectos de nacimiento o abortos espontáneos. Acepto la plena responsabilidad de informar el anesthesiologo de la posibilidad de estar embarazada, un embarazo confirmado y / o ser madre lactante.

El paciente no tendrá nada que comer ni beber (nada por la boca) después de las 12 AM la noche anterior a la cita (a menos que se especifique lo contrario). Incluso pequeñas cantidades de alimentos administrados antes de la anestesia pueden resultar en serias complicaciones que amenazan la vida y que requieren servicios de emergencia y hospitalización.

Estas restricciones son para la seguridad del paciente. Reconozco las regulaciones pre-operatorias de ayuno y aseguraré que sean seguidas.

_____	_____	_____
Paciente/Parte Responsable (impresión)	Firma	Fecha

Declaración de privacidad de HIPAA

Entiendo que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida.

Entiendo que esta información puede y será utilizada para: 1) Conducir, planificar y dirigir el tratamiento y el seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente. 2) Obtener el pago de terceros pagadores.

_____	_____	_____
Paciente/Parte Responsable (impresión)	Firma	Fecha