



## Indiana Office-Based Anesthesia

3750 Guion Road, Suite 225

Indianapolis, IN 46222

p: 317.924.2390  
f: 317.924.2391  
www.indyoba.com

# CONSENTIMIENTO PARA LA ANESTESIA

1. Todos los servicios de anestesia están asociados con algún grado de riesgo. Aunque las complicaciones son poco comunes y es poco probable, se presenta una descripción amplia de posibles complicaciones en este consentimiento. El tipo de atención que reciba dependerá de sus necesidades y deseos, el juicio de la especialista dental/dentista y la sentencia de la anestesista. **Iniciales \_\_\_\_\_**

2. Efectos colaterales a anestésicos intravenosos pueden incluir somnolencia, náuseas y vómitos. Mayoría de los pacientes experimenta algunos somnolencia durante varias horas después de la finalización de su cirugía. Coordinación y sentencia a menudo son discapacitados. Deterioro temporal de la memoria a veces es experimentado durante varios minutos a horas después de la anestesia general. Entiendo que debo no operar maquinaria peligrosa o unidad por un mínimo de 12, preferiblemente 24 horas, después de la anestesia. **Iniciales \_\_\_\_\_**

3. Otras complicaciones surgen a veces sometidos a anestesia, incluyendo pero no limitado a dolor, hematoma (moretón), entumecimiento, infección, inflamación, sangrado, flebitis, disfunción de la cuerda vocal y reacción alérgica. También posible, pero raro, son trazo, daño cerebral, convulsiones, paro cardíaco y muerte. **Iniciales \_\_\_\_\_**

4. Los niños deben permanecer bajo la supervisión de adultos responsables de tres a seis horas después del despido de la Oficina, a menos que lo contrario, dirigida por el anestesista. **Iniciales \_\_\_\_\_**

5. Entiendo que anestésicos pueden ser perjudiciales para un niño por nacer y pueden causar defectos de nacimiento o aborto espontáneo. Fármacos anestésicos pueden afectar también a un niño de lactancia. Soy responsable de informar al anesthesiólogo de sospechoso o confirmado de embarazo o si soy una madre de enfermería. **Iniciales \_\_\_\_\_**

6. Autorizo  Dr. Mark Saxen,  \_\_\_\_\_ para realizar anestesia como explicó a mí, o cualquier otra relacionada con procedimiento considera necesaria como parte de la anestesia prevista. Entiendo que el nivel de la anestesia se basarán en varios factores, incluidos, sin limitarse a, el estado de salud de la paciente, edad, atención médica continua y preferencia del paciente. El anesthesiólogo indicado tiene completa responsabilidad y autoridad para la administración de la anestesia, que es independiente de la cirugía o la odontología se realiza. Entiendo que soy responsable para informar al anesthesiólogo indicados por encima todos medicamentos, drogas ilícitas y las condiciones de salud que afectan a mí o a mi hijo. **Iniciales \_\_\_\_\_**

7. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi anestesia, o mi hijo, y aceptar los posibles riesgos y beneficios. **Iniciales \_\_\_\_\_**

Firma del paciente firma/padre fecha \_\_\_\_\_

Testigofirma fecha \_\_\_\_\_