



Consentimiento informado e instrucciones sobre el óxido nitroso

Yo, _____, doy mi permiso a Northwest Health Services para hacer la sedación consciente con óxido nitroso para mí (o para mi hijo _____). **Las citas para un procedimiento con óxido nitroso deben programarse temprano en la mañana, ya que el paciente debe limitar el consumo de comida o bebidas por al menos 2 horas antes de la cita.** (Se hace una excepción si el paciente toma habitualmente medicamentos con receta. Consulte con su dentista si tiene alguna pregunta sobre los medicamentos que está tomando).

Entiendo que la naturaleza de la sedación consciente con óxido nitroso conlleva riesgos potenciales de complicaciones, incluyendo, entre otros:

1. Náuseas y vómitos: Este es el más frecuente de los efectos secundarios de la sedación con óxido nitroso, pero sigue siendo poco frecuente. Se recomienda que usted o su hijo solo coma una comida ligera antes de la administración (como tostadas o cereales).
2. Informe al médico y al personal si usted (o su hijo) tiene un resfriado, una infección de las vías respiratorias superiores, asma o dificultad para respirar.
3. La sedación con óxido nitroso se usa para controlar la ansiedad y el dolor, y las arcadas. También se necesitará anestesia local para la mayoría de los procedimientos.
4. La sedación con óxido nitroso es muy efectiva para muchas personas; sin embargo, a algunas personas puede no gustarles la sensación que produce, o puede producir un aumento de la actividad en algunas personas, momento en el que usted o el dentista pueden decidir interrumpir la sedación con óxido nitroso.
5. Para algunas personas, la sedación con óxido nitroso puede no calmarlas lo suficiente como para permitir que se haga el procedimiento dental. Esas personas pueden que necesiten una remisión para otras técnicas de sedación.

Entiendo esta autorización y los motivos del procedimiento de sedación con óxido nitroso y sus riesgos asociados. Me informaron que se hará todo lo posible en mi beneficio (o el de mi hijo) para obtener un resultado positivo de la sedación, pero no me dieron garantías en cuanto al resultado del procedimiento autorizado arriba. Respondieron todas mis preguntas a mi entera satisfacción.

Nombre del paciente (en letra de molde)

Fecha de nacimiento: _____

Firma del paciente o del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del proveedor

Fecha