

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_



**REVELACIÓN Y CONSENTIMIENTO -ANESTESIA Y CONTROL DE DOLOR (ANALGESIA) PERIOPERATORIO**

AL PACIENTE: *tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su enfermedad y la anestesia/analgesia recomendada que se usará, de modo que usted pueda tomar la decisión de si recibir la anestesia/analgesia o no después de conocer los riesgos y los peligros relacionados. Esta revelación no tiene como fin asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo por tenerlo mejor informado para que usted pueda dar o negar su consentimiento para la anestesia/analgesia.*

Solicito voluntariamente que me administren a mí (el paciente) la anestesia y la atención de control de dolor (analgesia) perioperatoria, según lo indicado a continuación. Entiendo que será administrada por un proveedor de anestesia, el profesional que realice la operación o algún otro proveedor de salud de ese tipo, de ser necesario. Perioperatorio significa el periodo poco antes de, durante y poco después del procedimiento.

Entiendo que la anestesia / analgesia implica riesgos y peligros adicionales, pero pido el uso de anestésicos / analgesia para el alivio y protección contra el dolor o la ansiedad durante los procedimientos planeados y adicionales. Me doy cuenta de que el tipo de anestesia / analgesia puede tener que ser cambiado posiblemente sin explicación para mí.

Entiendo que pueden ocurrir complicaciones graves, pero raras, con todos los métodos anestésicos/analgésicos. Algunos de estos riesgos son problemas de respiración y del corazón, reacciones a la medicina, daño nervioso, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis o la muerte.

También entiendo que podrían ocurrir otras complicaciones. Entre esas complicaciones se incluyen:

*Marque los métodos de anestesia/analgesia planeados y haga que el paciente/otra persona legalmente responsable ponga sus iniciales.*

\_\_\_\_\_ ANESTESIA GENERAL -lesión a las cuerdas vocales, los dientes, los labios, los ojos; estar consciente durante el procedimiento; disfunción de la memoria/pérdida de la memoria; daño a órganos permanente; daño cerebral.

\_\_\_\_\_ ANESTESIA/ANALGESIA DE BLOQUEO REGIONAL -daño nervioso; dolor persistente; sangrado/hematoma; infección; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño cerebral.

\_\_\_\_\_ ANESTESIA/ANALGESIA ESPINAL -daño nervioso; dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño cerebral.

\_\_\_\_\_ ANESTESIA/ANALGESIA EPIDURAL -daño nervioso; dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño cerebral.

\_\_\_\_\_ SEDACIÓN PROFUNDA - disfunción de la memoria/pérdida de la memoria; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño a órganos permanente; daño cerebral.

\_\_\_\_\_ MODERADA SEDACIÓN - disfunción de la memoria/pérdida de la memoria; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño a órganos permanente; daño cerebral.

Comentarios/riesgos adicionales:

\_\_\_\_\_ ANESTESIA PRENATAL / INFANTIL TEMPRANA - posibles efectos negativos a largo plazo sobre la memoria, el comportamiento y el aprendizaje con exposición prolongada o repetida a anestesia general / sedación moderada / sedación profunda durante el embarazo y en la primera infancia.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que no me han prometido nada con respecto al resultado de los métodos de anestesia/analgesia.

Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos de anestesia/analgesia, los procedimientos que se usarán, los riesgos y los peligros relacionados, y las formas de anestesia/analgesia alternativas. Creo tener suficiente información para dar este consentimiento informado.

Me han explicado completamente este formulario, lo he leído o me lo han leído, se han rellenado los espacios en blanco, y entiendo el contenido de éste.

**PACIENTE/OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (se requiere una firma)**

\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ a.m. /p.m.

TESTIGO:

Firma

Nombre (en letra de molde)

Domicilio (calle y número o apartado postal)

Ciudad, estado y código postal

## INSTRUCCIONES DEL PACIENTE

DreamGuard Anesthesia se compromete a proporcionar anestesia segura basada en la oficina para procedimientos dentales. Es importante que hable con los detalles del procedimiento de su hijo, incluidos sus riesgos y beneficios, y que todas sus preguntas sean respondidas antes de recibir atención médica. Por favor, lea y complete los formularios adjuntos.

Los formularios **Información del Paciente de Anestesia** y de **Historial Médico** nos ayudarán a adaptar nuestra atención a las necesidades específicas de usted. Los formularios **Instrucciones Antes y Después de la Anestesia** le ayudarán a prepararse para su próxima. Todas las formas de anestesia tienen riesgos asociados. El formulario de **Consentimiento de Anestesia** está destinado a informarle de estos riesgos. La combinación de los sofisticados equipos de anestesia de hoy en día, los modernos medicamentos y las técnicas anestésicas superiores realizadas por nuestros proveedores ayudan a que la anestesia en el entorno ambulatorio sea más segura que nunca. Envíe formularios completados al consultorio dental de tratamiento o a DreamGuard Anesthesia Services, dos semanas antes de su cita.

- ✓ **Información del Paciente de Anestesia**
- ✓ **Historial Médico**
- ✓ **Instrucciones Antes de la Anestesia**
- ✓ **Instrucciones Después de la Anestesia**
- ✓ **Acuerdo de Política Financiera**
- ✓ **Depósito con Tarjeta de Crédito**
- ✓ **Consentimiento de Anestesia**

Si usted tiene preguntas que le gustaría discutir antes de la fecha de su cita, por favor de llamar a **(281) 323-2925** . El médico también intentará llamarlo o enviarlo un mensaje de texto la noche antes de la consulta para explicarte qué esperar durante su visita. Proporcione un número de contacto que esté disponible para esa llamada o texto.

## INSTRUCCIONES ANTES DE LA ANESTESIA (ADULTO)

**Alimentos y bebidas:** Para la anestesia, es extremadamente importante que los pacientes tengan el estómago vacío. No comes ni bebes nada durante ocho (8) horas antes de su procedimiento dental. Los líquidos claros (agua, jugo de manzana, y Gatorade) pueden consumirse hasta dos (2) horas antes del procedimiento programado. Consumiendo alimentos o líquidos que no son claros dentro de las ocho (8) horas del procedimiento, resultará en la reprogramación de su cita. FALTA DE SEGUIR ESTRICTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES PODRÍA RESULTAR EN ASPIRACIÓN Y PUEDE CONDUCIR COMPLICACIONES GRAVES QUE PUEDEN PONER SU VIDA EN PELIGRO.

**Transportación:** Debido a los efectos persistentes de la anestesia, los pacientes deben tener un acompañante adulto responsable físicamente presente en la oficina para acompañarle a casa. Esta persona debe permanecer en la oficina durante el procedimiento y llevarlo a casa. Los pacientes no pueden ir a casa solos en taxi, uber o autobús. Por su seguridad, no debe operar ni conducir ningún vehículo durante veinticuatro (24) horas después de la cirugía, o mientras esté tomando analgésicos.

**Personal:** Use ropa holgada y cómoda con una camisa de manga corta. Puede traer una manta pequeña de casa. Evite usar camisas de manga larga o pantalones de mezclilla. No use lentes de contacto ni esmalte de uñas el día del procedimiento.

**Salud:** Si comienza a desarrollar o muestra signos de resfriado, fiebre o cualquier otra enfermedad aguda, llame al consultorio de su dentista inmediatamente. La congestión de la nariz o el pecho puede comprometer las vías respiratorias. Para reducir los riesgos de la anestesia, los pacientes con signos de enfermedad el día de su procedimiento serán reprogramados.

**Medicamentos:** Los medicamentos recetados deben tomarse con poco de agua o posponerlo si lo indica su médico. Lleve una lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente. Incluye la dosis y la frecuencia con la que toma los medicamentos.

**Arrival:** Patients who arrive late may have to have their surgery rescheduled for another day. The anesthesiologist reserves the right to cancel or postpone the scheduled appointment for any reason that may jeopardize the safety of the anesthetic procedure.

**Preguntas:** Su anesiólogo se pondrá en contacto con usted el día antes del procedimiento programado. No dude en ponerse en contactarnos si tiene preguntas o inquietudes adicionales.

---

Fecha

---

Nombre del Paciente

---

Firma

## INSTRUCCIONES DESPUÉS DE LA ANESTESIA (ADULTO)

**Después de su procedimiento:** Cuando su procedimiento dental esté completo, el anesthesiólogo revertirá los medicamentos para despertarlo. Usted puede sentirse un poco aturdido o somnoliento cuando se despierta y necesitará 30 minutos para la recuperación hasta que la alta sea segura. Durante este tiempo, el anesthesiólogo vigilará de cerca la recuperación y los problemas postoperatorios como el dolor o las náuseas.

**Transportación:** Debido a los efectos persistentes de la anestesia, los pacientes deben tener un acompañante adulto responsable físicamente presente en la oficina para acompañarle a casa. Esta persona debe permanecer en la oficina durante el procedimiento y llevarlo a casa.

**Alimentos y bebidas:** Cuando el paciente sea capaz, fomente la ingesta de líquidos comenzando con líquidos claros (agua, Gatorade, jugo de manzana). Una vez que se toleran líquidos claros, lentamente deje que el paciente pruebe alimentos blandos (compota de manzana, huevos revueltos, puré de papas). Puede reanudar una dieta normal cuando los alimentos blandos se toleran bien. Evite los productos lácteos y los alimentos grasos durante el resto del día, ya que estos pueden causar náuseas.

**Medicamentos:** Continúe con los medicamentos según lo prescrito a menos que su médico indique lo contrario.

**Salud:** El paciente puede experimentar fiebre de bajo grado después de la anestesia. El paciente debe permanecer adentro en un área fría y con temperatura controlada, área fría y con temperatura controlada. Ocasionalmente, pueden ocurrir náuseas después de la anestesia. Medicamentos contra náuseas se administraron a través del IV del paciente durante el procedimiento. Si el paciente experimenta náuseas o vómitos después del alta, restrinja la dieta a líquidos transparentes (ver más arriba), hasta que los síntomas desaparezcan. **Si el paciente está experimentando náuseas o vómitos persistentes, póngase en contacto con el anesthesiólogo.**

**Intravenous Site (IV):** You may experience some discomfort at the IV site following your procedure. Bruising or tenderness is normal and should subside shortly.

**Tubo de respiración:** El anesthesiólogo suele colocar un tubo respiratorio a través de una fosa nasal para la intubación. Un pequeño porcentaje de pacientes puede experimentar enrojecimiento o sangrados nasales menores. También puede tener dolor de garganta como resultado del tubo respiratorio hasta tres (3) días después de la anestesia.

**Control del dolor:** No es raro que el paciente experimente dolor después de un procedimiento dental. Se administró un analgésico a través del sitio IV que es similar al medicamento ibuprofeno. Esto debe durar cuatro (4) horas después de la visita. **Por favor, absténgase de administrar cualquier analgésico que contenga ibuprofeno (Motrin, Advil) durante cuatro (4) horas después del alta.** Se puede administrar Tylenol inmediatamente si es necesario para el dolor.

**Si el paciente está experimentando dolor persistente después de tomar los medicamentos recomendados, póngase en contacto con el dentista.**

---

Nombre del Paciente

Firma

Fecha

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (CONFIDENCIAL)

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente (Apellido, Nombre de Pila): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Hembra

Nombre de Persona Responsable: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico(s): \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es la mejor manera de ponerse en contacto con usted antes de su cita? \_\_\_\_\_  
 Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro

Nombre del asegurado (Apellido, Nombre de Pila): \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguro Dental: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación: \_\_\_\_\_  
 Compañía de Seguro Médico: \_\_\_\_\_  
 Número de identificación : \_\_\_\_\_  
 Formulario de reclamación de seguro médico (HICF 1500) Solicitado: S  N

*Como parte de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, nuestra oficina está obligada a registrar "datos de uso significativos" para cada paciente. Por favor, responda a lo siguiente:*

**Raza:** [  ] Indio Americano o Nativo de Alaska [  ] Asiático [  ] Negro o afroamericano  
 [  ] Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico [  ] Caucásico [  ] Preferir no responder  
**Origen étnico:** [  ] Hispano o Latino [  ] No hispanos o latinos o prefieren no responder  
**Idioma preferido:** [  ] Inglés [  ] Español [  ] Otro \_\_\_\_\_

### Información de Tratamiento

Duración estimada de la cita: \_\_\_\_\_ Tarifa estimada: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Dentista: \_\_\_\_\_

### Información Médica

Medicamentos actuales

Medicación	Dosis:	Frecuencia por Dia

Condiciones médicas conocidas: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos conocidas: \_\_\_\_\_

## FINANCIAL POLICY AGREEMENT

El objetivo de DreamGuard Anesthesia (DGA) es proporcionarle la más alta calidad de atención de anestesia a un costo razonable. Proporcionar servicios de anestesia en la oficina dental reduce significativamente el costo del tratamiento en comparación con el costo del tratamiento en un hospital. Es importante que discuta los detalles del procedimiento, incluyendo los costos y la cobertura, y que todas sus preguntas sean contestadas antes del tratamiento. Este documento está destinado a informarle de la estructura de honorarios y el proceso para el cuidado de la anestesia proporcionado por el anestesiólogo dentista de su hijo. También le explica su responsabilidad financiera por los servicios prestados. Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta adicional.

- ✓ **La tarifa de anestesia** estimada se basa en el tiempo de funcionamiento estimado del dentista, que variará con el tiempo preparatorio de la anestesia y la respuesta individual del paciente a los agentes anestésicos utilizados. La tarifa de anestesia incluye evaluaciones previas a la anestesia, consultas con los médicos de su hijo (si es necesario), todos los medicamentos, suministros, atención anestésica y recuperación. El período de facturación de la anestesia es desde el momento en que el niño se sienta hasta que se complete la recuperación. El pago de los cargos por anestesia se pagará el día del tratamiento, antes de la sedación, menos cualquier depósito realizado. Si el tiempo de anestesia excede la estimación, el paciente/padre será responsable de los cargos adicionales. Si el tiempo de anestesia es inferior a la estimación, el paciente/padre recibirá un reembolso prorrateado.
  - Su dentista tiene tiempo de tratamiento ESTIMADO para ser: \_\_\_\_\_
  - Tiempo de anestesia (tiempo aproximado de tratamiento más 30 minutos): \_\_\_\_\_
  - Las tarifas de anestesia son: **\$250 por cada 15 minutos**  
**Estimación de la tarifa de anestesia: \$ \_\_\_\_\_**
- ✓ **Depósito:** Para programar servicios de anestesia para la cita de su hijo, se requiere un depósito de \$1000. Este depósito se aplicará al saldo final de su hijo el día del tratamiento.
- ✓ **Seguros:** Las compañías de seguros varían en cobertura, pero la mayoría de las pólizas no cubren la anestesia en la oficina dental. Algunos planes de seguro dental y médico podrían proporcionar reembolso por los servicios de anestesia prestados para procedimientos dentales. Es su responsabilidad presentar el reembolso del seguro directamente a su compañía de seguros después de realizar el pago completo por los servicios prestados. Pide le al dentista por una carta de necesidad médica y las notas de tratamiento dental de su hijo para adherirlos a su reclamo. DGA no está inscrito en la red con ningún proveedor médico o dental. Si está cubierto, los servicios pueden ser cubiertos a una tarifa dentro de la red, si su dentista es un proveedor dentro de la red. Tenga en cuenta los siguientes códigos de facturación al ponerse en contacto con su compañía de seguro:
  - CPT o códigos de procedimiento: Código de Facturación Dental (también Aetna o TriCare Medical): D9222, D9223.
  - Todos los demás códigos de facturación de seguros médicos : 00170
- ✓ **Pago:** El pago se puede recibir en efectivo o con tarjeta de crédito (tarjetas Visa, MasterCard, American Express y Discover). El paciente o tutor será responsable del costo de los cheques devueltos. Se aplicará un cargo por todos los reembolsos que equivaldrán a la tarifa de procesamiento cobrada por su tarjeta de crédito/Care Credit o un mínimo de \$50.

---

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha



## DEPOSITO/PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Fecha de Procedimiento: \_\_\_\_\_

Un depósito de \$1000 es debido cuando se hace la cita. Esto se aplicará a la factura final de los servicios de anestesia. El pago total del saldo restante se debe pagar el día del tratamiento antes de la anestesia.

### CREDIT CARD INFORMATION

Tipo de Tarjeta: (elige uno) MasterCard Visa Discover Amex Other:

Nombre del titular de la tarjeta (como se muestra en la tarjeta): \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de Exp. (mm/yy): \_\_\_\_\_

CVV Code (Código de 3 dígitos en el reverso de la tarjeta): \_\_\_\_\_

Dirección de Facturación: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Cantidad: \$**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a DreamGuard Anesthesia a cobrar mi tarjeta de crédito mencionada anteriormente por la cantidad indicado. Cualquier saldo adicional adeudado después del procedimiento puede ser cobrado como se indica a menos que se hayan hecho otros arreglos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento: / /	Estatura:	Peso:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Nombre de Persona Responsable:	Relación con el paciente:		
Teléfono: Celular:	Casa:	Trabajo:	

¿Ha tenido el paciente alguna vez alguno de los siguientes?	Sí	No
1. Afecciones cardíacas (defectos congénitos, dificultad para respirar, marcapasos, soplo, presión arterial alta) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
2. Condiciones de la sangre (anemia, hematomas/sangrado fáciles, hemofilia, sangrados nasales frecuentes, anemia, coagulación deficiente, células falciformes, VIH) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
3. Condiciones pulmonares: (enfisema, dificultad para respirar, tuberculosis, asma, resfriado o gripa recientes, VHS) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
4. Tracto digestivo o afecciones abdominales (úlceras estomacales, reflujo, náuseas, dificultad para tragar), En caso afirmativo, explica:	Sí	No
5. Condiciones infecciosas:(SIDA, hepatitis, herpes/herpes labial) En caso afirmativo, explica: _____	Sí	No
6. Condiciones endocrinas (tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio, diabetes) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
7. Condiciones autoinmunes: (artritis reumatoide, lupus) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
8. Condiciones neurológicas (epilepsia, convulsiones, autismo, TDAH, accidente cerebrovascular). En caso afirmativo, explica:	Sí	No
9. Problemas musculares (debilidad, parálisis, musculoso dyestrofia) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
10. Discapacidades o síndromes congénitos, como trisomía 21 (Síndrome de Down): En caso afirmativo, explica	Sí	No
11. Problemas renales: (insuficiencia renal)	Sí	No
12. ¿Alguna vez el paciente o algún pariente ha tenido problemas con la anestesia general?	Sí	No

Por favor anote todas las condiciones médicas graves y hospitalizaciones y fechas:

---

Por favor anote todas las operaciones quirúrgicas y fechas:

---

Por favor, anote todas las alergias (alimentos, medicinas, látex, etc.):

---

Entiendo que retener o tergiversar cualquier información sobre mi salud podría poner vida en serio peligro. He revisado cuidadosamente la historia de salud médica anterior y respondido a todas las preguntas a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar a los médicos de Dream Guard Anesthesia de cualquier cambio en el estado médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha





## HIPAA

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) requiere que los proveedores de salud mantengan su información médica y dental privada. La Regla de Privacidad de la HIPAA establece que los proveedores de salud también deben publicar en un lugar claro y prominente, y proporcionar a los pacientes, un Aviso de Política de Privacidad por escrito.

El aviso de Prácticas de Privacidad de DreamGuard describe cómo su información de salud puede ser utilizada y divulgada, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de Privacidad en cualquier momento.

Por favor, lea nuestras Políticas de Privacidad y luego firme a continuación.

He recibido y leído la Política de Privacidad de DreamGuard.

Nombre Escrito: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_