

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 su hijo. Los formularios **Instrucciones Antes y Después de la Anestesia** le ayudarán a prepararse para la próxima cita de su hijo. 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 de su hijo o a DreamGuard Anesthesia Services, dos semanas antes de la cita de su hijo.

- ✓ **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 (PEDIÁTRICA)

Alimentos y bebidas: Para la anestesia, es extremadamente importante que los pacientes tengan el estómago vacío. Su hijo no debe comer ni beber 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 la cita de su hijo. FALTA DE SEGUIR ESTRICTAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES PODRÍA RESULTAR EN ASPIRACIÓN Y PUEDE CONDUCIR COMPLICACIONES GRAVES QUE PUEDEN PONER LA VIDA DE SU HIJO EN PELIGRO.

Transportación: Los pacientes menores de dieciocho (18) años deben tener un padre o tutor legal presente en el momento de la cirugía para dar su consentimiento por escrito para la anestesia. El padre o tutor debe permanecer físicamente presente en la oficina durante el procedimiento.

Personal: Su hijo debe llegar para su procedimiento vestido en ropa holgada y cómoda con una camisa de manga corta. Usted puede traer una manta pequeña y un cambio de ropa para su hijo. Evite las camisas de manga larga, pantalones de mezclilla o monos. Los pacientes no deben usar lentes de contacto ni esmalte de uñas el día de su procedimiento.

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

Medicamentos: Los medicamentos deben tomarse con poco de agua o posponerse según las indicaciones de su médico. Lleve una lista de todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente. Incluye la dosis y la frecuencia con la que se toma cada medicamento.

Llegada: Los pacientes que llegan tarde pueden tener su cirugía reprogramada para otro día. El anesthesiólogo reserva el derecho de cancelar o posponer la cita programada por cualquier motivo que pueda poner en peligro la seguridad del procedimiento anestésico.

Preguntas: Su anesthesiólogo 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 del Padre/Tutor

INSTRUCCIONES DESPUÉS DE LA ANESTESIA (PEDIÁTRICA)

Después del procedimiento: Cuando el procedimiento dental de su hijo esté completo, el anesthesiólogo revertirá los medicamentos para despertarlos. Su hijo puede sentirse un poco aturdido o somnoliento inicialmente y necesitará 30 minutos para la recuperación hasta que la alta sea segura. Durante este tiempo, el anesthesiólogo vigilará la recuperación de su hijo para problemas postoperatorios como el dolor o las náuseas.

Transportación: Todos los niños deben tener un padre o tutor físicamente presente en la oficina para acompañarlos a casa. Esta persona debe permanecer en la oficina durante el procedimiento. Los pacientes no pueden ir a casa solos en taxi, uber o autobús. Los pacientes menores en edad de conducir no deben operar ni conducir ningún vehículo durante veinticuatro (24) horas después de la cirugía, o mientras estén tomando analgésicos.

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). Su hijo puede reanudar una dieta normal cuando los alimentos blandos se toleran bien. Evite los productos lácteos y los alimentos grasosos 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. Ocasionalmente, pueden ocurrir náuseas después de la anestesia. Medicamentos contra náuseas se administró 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.**

Sitio intravenoso (IV): Su hijo puede experimentar algunas molestias en el sitio IV después de su procedimiento. Moretones y ternura son normales y deben disminuir en breve.

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. Su hijo 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 del Padre/Tutor

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 Día

Condiciones médicas conocidas: _____

Alergias a medicamentos conocidas: _____

ACUERDO DE POLÍTICA FINANCIERA

El objetivo de DreamGuard Anesthesia (DGA) es proporcionarle a su hijo 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 de su hijo. Este documento está destinado a informarle de la estructura de honorarios y el proceso para el cuidado de la anestesia proporcionado por el anesthesiólogo 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.
 - El dentista de su hijo tiene tiempo de tratamiento ESTIMADO para ser: _____
 - Tiempo de anestesia (tiempo aproximado de tratamiento más 30 minutos): _____
 - Las tarifas de anestesia son: **\$1200 por cada 90 minutos; \$300 adicionales** para todos los casos de más de 90 minutos (\$1500 máximo)
 - **Estimación de la tarifa de anestesia:** \$ _____
- ✓ **Depósito:** Para programar servicios de anestesia para la cita de su hijo, se requiere un depósito de \$1200. 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. Pídele 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

Fecha

Firma del Padre/Tutor



DEPOSITO/PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Oficina Dental: _____ Fecha de Procedimiento: _____

Un depósito de \$1200 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.

INFORMACIÓN DE LA TARJETA DE CRÉDITO

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 digitos en el reverso de la tarjeta): _____

Dirección de Facturación: _____ Código Postal: _____

Cantidad: \$

Yo, _____, el padre o tutor de _____ 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 Padre/Tutor

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) En caso afirmativo, explica:	Sí	No
12. ¿Alguna vez el paciente o algún pariente ha tenido problemas con la anestesia general? En caso afirmativo, explica:	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 la salud de mi hijo podría poner en serio peligro su seguridad. 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 Padre/Tutor

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: _____

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