

## **CONSENTIMIENTO PARA SEDACIÓN (IV U ORAL – CON O SIN ÓXIDO NITROSO)**

**¿QUÉ ES LA SEDACIÓN CONSCIENTE?** El propósito de la sedación consciente es recibir atención dental en un estado relajado. Entiendo que estoy recibiendo consciente sedación. La sedación me dará lugar a un sueño profundo y probablemente no recordaré nada del procedimiento. Entiendo que no se me dejará inconsciente (sedación profunda o anestesia general). Los riesgos y complicaciones más comunes asociados con la sedación incluyen náuseas, vómitos y reacciones alérgicas que pueden requerir hospitalización. En circunstancias extremadamente raras, incluso podría producirse la muerte. Los pacientes que reciben sedación intravenosa tienen riesgo de dolor, inflamación o infección en la zona de la inyección.

**SIN GARANTÍA:** Entiendo que no se requiere sedación para la cirugía dental. También entiendo que la sedación tiene limitaciones y riesgos, y que no se puede garantizar un éxito absoluto. Si no se puede lograr una sedación adecuada, el paciente tendrá la opción de continuar con el tratamiento o ser derivado a sedación profunda o anestesia general.

Entiendo que durante el procedimiento, podría ser necesario un cambio en el tratamiento. Autorizo al médico a realizar cualquier cambio que considere necesario, según su criterio profesional. También autorizo al médico a hablar sobre mi atención e instrucciones con mi acompañante.

**HISTORIAL MÉDICO:** Se debe informar sobre cualquier enfermedad, debilidad o alergia personal. Se deben reportar los antecedentes personales o familiares de resultados desfavorables tras la sedación. Asimismo, se debe informar sobre cualquier medicamento que esté tomando, especialmente somníferos, antihistamínicos o cortisona. Esto incluye medicamentos de venta libre, drogas ilegales o medicamentos con receta.

Entiendo que aquellos con antecedentes de dependencia química tienen un riesgo de recaída después de la anestesia y deben tomar precauciones adecuadas, incluso informar al médico.

**SOLO MUJERES:** Entiendo que los anestésicos, medicamentos y fármacos pueden ser perjudiciales para el feto y causar defectos congénitos o abortos espontáneos. Cualquier embarazo, sospechado o confirmado, debe ser reportado al médico. Por favor, informe al médico si está amamantando.

**DESPUÉS DE LA SEDACIÓN:** No conduciré ningún vehículo ni operaré maquinaria después de la sedación durante el resto del día. No realizaré ningún trabajo de responsabilidad. No beberé alcohol durante las 24 horas posteriores a la sedación. Un adulto responsable (amigo o familiar) me acompañará a casa y permanecerá conmigo durante al menos 6 horas después del procedimiento. HE LEÍDO Y ENTENDIDO TODO LO ANTERIOR Y, POR LA PRESENTE, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICE LA SEDACIÓN TAL COMO SE ME PRESENTA. HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS SOBRE MI SEDACIÓN Y ESTOY SATISFECHO CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA PROPORCIONADO.

---

**Firma del paciente o tutor**

---

**Fecha**

---

**Nombre impreso del paciente o tutor**