Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist

League City: 2950 Gulf Fwy S, Ste A, League City, TX 77573 | Ph (281) 337-3222 | Fax (281) 337-9222
Deer Park: 3317 Center St, Deer Park, TX 77536 | Ph (281) 377-3332 | Fax (281) 377-4741
www.tntdentistry.com | info@tntdentistry.com

Consentimiento informado: óxido nitroso (gas hilarante)

English: Nitrous Oxide (Laughing Gas) Informed Consent

Nombre del niño(a)

Por la presente doy mi permiso para que los dentistas y el personal de Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist administren óxido nitroso a mi hijo(a) nombrado(a) arriba. Se me ha explicado a mi satisfacción lo siguiente y entiendo que el óxido nitroso (gas hilarante) es un método seguro de "ansiólisis". Solo es eficaz para niveles de ansiedad leves a moderados y también reduce el reflejo nauseoso. Es bien tolerado, actúa rápidamente y su efecto es reversible.

Los beneficios que mi hijo(a) puede esperar del óxido nitroso incluyen: (The benefits that my child can expect from nitrous oxide include:)

Menos ansiedad y molestias, y menos reflejo nauseoso, lo que facilita que mi hijo(a) tolere el tratamiento dental.

Contraindicaciones del óxido nitroso (gas hilarante): ¿El paciente tiene alguna de las siguientes condiciones? (Contraindications for nitrous oxide (laughing gas): Is the patient affected by any of the following?)

¿Tiene un resfriado u otra condición que impida respirar adecuadamente por la nariz?	☐ Sí	☐ No
¿El paciente o el padre/madre que permanecerá en la sala está embarazada?	☐ Sí	☐ No
¿Antecedentes de infecciones del oído medio, inflamación de los senos nasales o trompas de Eustaquio bloqueadas? (La difusión del nitrógeno puede causar presión y dañar el tímpano.)	☐ Sí	☐ No
¿Obstrucción intestinal o distensión por gases? (Puede causar dolor intenso por gases.)	☐ Sí	☐ No
¿Desprendimiento de retina o cirugía ocular con burbuja de gas? (El gas puede expandirse con la difusión del nitrógeno. En casos raros puede causar ceguera.)	☐ Sí	☐ No
¿Tratamiento con sulfato de bleomicina?	☐ Sí	☐ No
¿Alguna condición cardíaca grave o EPOC?	☐ Sí	☐ No

Posibles efectos secundarios, que incluyen, entre otros: (Potential side effects include, but are not limited to, the following:)

1. Náuseas y vómito: es el efecto secundario más común del óxido nitroso. El nivel de óxido nitroso puede ajustarse para eliminarlo.
2. Problemas de conducta: algunos pacientes hablan en exceso, lo que puede dificultar el tratamiento, o tienen sueños vívidos con movimientos del cuerpo.
3. Escalofríos: no es común, pero puede ser incómodo. Suele aparecer al final del tratamiento, al suspender el óxido nitroso.
4. Sudoración excesiva: puede haber sudoración durante el procedimiento y mi hijo(a) puede ponerse algo enrojecido(a).
5. Expectoración: eliminar las secreciones puede ser difícil, pero se controla con el uso de una punta de succión.
6. Después del gas hilarante el niño(a) puede ponerse emotivo(a) o irritable. Debe durar poco tiempo; no se alarme.

¿Cuáles son mis alternativas? (What are my alternatives?)

No recibir tratamiento es una opción. Sin embargo, evitar la atención dental por miedo y ansiedad puede provocar más problemas dentales y de salud general. Realizar el tratamiento en estado de ansiedad puede causar desmayos, palpitaciones, aumento de la presión arterial y del pulso u otros trastornos cardíacos relacionados con la respuesta de "lucha o huida". Otras alternativas posibles: 1. Sedación consciente oral, 2. Sedación intravenosa, 3. Anestesia general.

Yo, el/la abajo firmante, entiendo que es mi responsabilidad notificar a esta oficina si ocurre cualquier problema inesperado o si se presenta cualquier problema relacionado con el tratamiento realizado.

Consentimiento informado (Informed consent)

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la naturaleza y el propósito de el óxido nitroso y he recibido respuestas a mi satisfacción. Me someto voluntariamente a este tratamiento con la esperanza de lograr los resultados deseados, aunque no se han dado garantías sobre el resultado. Por la presente asumo todos y cada uno de los riesgos posibles, incluido el riesgo de daño sustancial, si lo hubiera, que pueda estar asociado con cualquier fase de este tratamiento. Se me han explicado los honorarios de estos servicios y los acepto como satisfactorios. Al firmar este formulario, doy libremente mi consentimiento para autorizar a los dentistas y el personal de Tots N' Teens Pediatric Dental Specialist que participen en la prestación de los servicios o tratamientos necesarios para la condición dental existente, incluida la administración y/o receta de cualquier agente anestésico y/o medicamento.

Nombre del paciente (en letra de molde) | Parentesco con el paciente | Fecha

Firma del padre/madre o tutor legal | Testigo de la firma | Firma del doctor