

# MOBILE ANESTHESIA FOR CHILDREN

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_ Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/tutor \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre/tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle y número Ciudad Estado Código Postal

Teléfono del hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo/celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

En caso de emergencia comuníquese con:

1. \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Ha tenido el paciente Anestesia General antes?  No  Sí Algun Problema? \_\_\_\_\_  
Lista de todos los medicamentos que el paciente esté tomando (incluya vitaminas, laxantes, esteroides, o medicamentos que no requieren receta medica): \_\_\_\_\_

- ¿Tiene el paciente alergias?  No  Sí
- Alimentos \_\_\_\_\_
  - Medicamentos \_\_\_\_\_
  - Otras \_\_\_\_\_
1. ¿Su hijo(a) está en buen estado de salud?..... Sí No
  2. ¿Ha tenido cambios de salud en el último año? ..... Sí No  
En caso de que sí, ¿para qué condición? \_\_\_\_\_
  3. ¿Está bajo atención médica? ..... Sí No  
En caso de que sí, ¿para qué condición? \_\_\_\_\_
  4. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o hospitalización en los últimos 5 años?..... Sí No  
En caso de que sí, ¿para qué condición? \_\_\_\_\_
  5. ¿Está utilizando medicinas, incluyendo medicinas no recetadas? (Por favor inclúyelas en la lista de arriba.) Sí No
  6. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas? ..... Sí No
    - a. Válvulas cardíacas dañadas o artificiales, soplo cardíaco, enfermedad reumática del corazón ..... Sí No
  7. ¿Tiene o ha tenido algunos de los siguientes problemas o enfermedades respiratorias?
    - a. Asma, bronquitis, pulmonía, o problemas respiratorios..... Sí No

Entiendo que el ocultar información sobre la salud de mi hijo(a) puede poner en serio peligro su vida. Por lo tanto he revisado esta historia clínica con cuidado y he contestado todas las preguntas con la verdad y al mejor de mi conocimiento.

Si está contestando este formulario para otra persona, ¿cuál es su nombre? \_\_\_\_\_

¿Y su relación con esa persona? \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Revisado por el Doctor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# MOBILE ANESTHESIA FOR CHILDREN

Paciente: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial

## ACUERDO FINANCIERO

**Pagos** para la anestesia y servicios dentales necesitan ser pagados el día del tratamiento. El método de pago debe de ser confirmado antes de la fecha ó día del tratamiento, favor de indicar su forma de pago:

Seguro Dental\*  Primario  Secundario  Seguro Medico\*  Efectivo  Tarjeta de Credito  Cupón Medico

\*Para seguros dentales y medicos, favor de llenar la hoja rosa indicada "Informacion de Seguro"

Ofrecemos pagos mensuales por el programa **Care Credit**. Pregunte sobre este servicio. **No Cheques personales**

Es importante que el paciente ó el padre del paciente no presume que un reembolso para el pago de anestesia ó servicios dentales sera dada por el seguro medico ó dental. Muchos de los seguros tienen restricciones, por ejemplo; los servicios deben de ser en conjunción con una cirugía, ó los servicios deben de ser hechos en un hospital. Es la discreción del seguro como la cuenta sera procesada.

Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente/Padre

Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA EL LANZAMIENTO DE INFORMACION MÉDICA

Yo, como tutor legal o el firmante de esta forma, doy autorización a Reynolds & Reynolds, D.D.S., PLLC dba Wenatchee valley Dental Village, y su asociados para dar o solicitar cualquier información necesaria en el expediente medico del paciente el cual el nombre aparece arriba.

Esta información incluye, pero no es limitada a: información personal del paciente, historial medica y dental, historial de exámenes, radiografías, fotografías clinicas, historial de tratamientos, referimientos y consultaciones recomendadas, reportes, y otro material relacionado.

Tambien permito que tomen fotografías para establecer las condiciones dentales y para propósitos educacionales.

Por este medio yo autorizo el pago de beneficios dentales, que sean pagados directamente a la entidad de Mobile Anesthesia for Children.

Yo doy consentimiento de librar al doctor atendiente, sus asociados, y empleados de cualquier y toda obligación presentadose de conformidad con la petición y descubrimiento de la información pedida.

Yo, he recibido una copia de la forma Notificación de Practicas Privadas.

Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente/Padre

Fecha: \_\_\_\_\_

# MOBILE ANESTHESIA FOR CHILDREN

## CONSENTIMIENTO DE INFORME PARA LA ANESTESIA

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente autorizo y solicito al Dr. Mark Bottorff (Ud. o padre) que administren la anestesia a \_\_\_\_\_ según se me ha explicado (paciente)

previamente y cualquier otro procedimiento que se considere necesario o recomendable para la anestesia planeada. Doy mi consentimiento, autorización y solicitud para la administración del anestésico o anestésicos (locales o generales) por cualquier modo que se considere apropiada por el anestesiólogo. Se me ha informado y entiendo que con poca frecuencia hay complicaciones por la anestesia, incluyendo sin limitarse a: dolor, hematoma, entumecimiento, infección, hinchazón, hemorragia, amorata, náusea, vómito, reacciones alérgicas, pulmonía, embolio cerebral o apoplejía, daño cerebral, ataque cardíaco y fallecimiento. Además entiendo y acepto el riesgo de que las complicaciones puedan requerir hospitalización. Se me ha informado que los riesgos asociados con la anestesia local, sedación consciente y la anestesia general varían. De estas tres la anestesia local es generalmente considerada la de menor riesgo y la anestesia general la de mayor riesgo. Sin embargo la anestesia local en ocasiones no es apropiada para todos los pacientes y todos los procedimientos.

Los efectos secundarios más frecuentes de cualquier anestesia IV son somnolencia, náusea/vómito y flebitis (La flebitis es una respuesta inflamatoria de protrusión, sensibilidad dolorosa y endurecimiento del sitio de la inyección intravenosa. La inflamación normalmente se resuelve con la aplicación local de calor y humedad.). La mayoría de los pacientes padecen la somnolencia o sueño después de su cirugía durante el resto del día. Como resultado la coordinación y el buen juicio se pueden ver afectados hasta por 24 horas. Se recomienda que los niños estén en presencia de un adulto responsable durante este periodo. Se recomienda que los adultos se sostengan de actividades como manejar y deben de tener un compañero con ellos por lo mínimo de 6-8 horas después de la anestesia. Mujeres—Entiendo que los anestésicos, medicamentos y fármacos pueden ser peligroso para los fetos y pueden causar defectos de nacimiento o aborto espontáneo. Reconociendo estos riesgos, acepto plena responsabilidad de informar al anestesiólogo de la posibilidad de estar embarazada o de un embarazo confirmado y que esto hará necesario posponer la anestesia. Por la misma razón entiendo que debo informar al anestesiólogo si soy una madre que esté amamantando.

Se me ha notificado y entiendo plenamente las alternativas a la sedación y anestesia general. Acepto los posibles riesgos, efectos secundarios y peligros de la anestesia. Acepto que he recibido la información y entiendo las instrucciones preoperatorias como las operatorias del poste sobre la anestesia. Se me ha explicado y entiendo que no hay ninguna garantía sobre los resultados ó curación. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la anestesia para mí ó para mi hijo y estoy satisfecho con la información que se me ha dado. También se entiende que los servicios de anestesia son totalmente independientes de los procedimientos del dentista que opera. El anestesiólogo no asume responsabilidad sobre la cirugía/trabajo dental que es completada al estar bajo la anestesia ni el dentista asume responsabilidad sobre la anestesia administrada.

Firma: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

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

Mobile Anesthesia for Children:  
9302 N. Colton St. Suite 100  
Spokane, WA 99218  
Dr. Mark K. Bottorff, DDS (509) 990-5821

# MOBILE ANESTHESIA FOR CHILDREN

## INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES ANTES DE LA ANESTESIA

Estas instrucciones se deben leer y seguir estrictamente antes de iniciar la anestesia general.  
El no seguir alguna de las siguientes puede obligar al doctor a cancelar el tratamiento.

- Alimentos y Bebidas** Para la anestesia es sumamente importante que los pacientes tengan el estómago vacío. Por esta razón los niños no **deben de comer o beber después de la media noche antes de la cita.**
- Cambios En la salud** Los cambios en la salud, en especial **el desarrollo de un resfriado, tos, gripe, influenza o fiebre**, son muy importantes. Por favor avise al consultorio si hay cambios en su salud.
- Medicamentos** Los medicamentos recetados se deben tomar de la manera programada a menos que su doctor indique previamente lo contrario y se deben tomar sólo con un trago de agua.
- Drogas** En la literatura se ha reportado que el uso de drogas (marihuana, cocaína, anfetaminas, etc.) mezcladas con anestésicos pueden causar serias complicaciones que incluyen la muerte. Por lo tanto las drogas están estrictamente prohibidas durante varias semanas antes de cualquier anestesia.
- Ropa y lentes De contacto** Se recomienda usar manga corta, pantalones sueltos y calzado cómodo. No use barniz de uñas. Los lentes de contacto se deben quitar antes de la anestesia. Hasta donde sea posible, no deben llevar puestos durante el procedimiento los anillos, collares, brazaletes y aretes u otros adornos. **Para los niños se sugiere traer un cambio de ropa y una cobija. Si es posible haga que su hijo use un pañal.**
- Padres** El padre (la madre) o tutor legal debe acompañar al paciente al consultorio y quedarse hasta que la anestesia se completa y es dado de alta. **No se le permitirá irse en taxi ni autobús.** Arregle que un adulto responsable provea transportación y pase el resto del día con el niño.
- Preguntas** Antes de la anestesia, si usted tiene preguntas, favor de comunicarse con nosotros para discutir sus preguntas.

## INSTRUCCIONES PARA LOS PACIENTES DESPUÉS DE LA ANESTESIA

- Alimentos o Bebidas** Límite la cantidad de **líquidos durante las primeras horas.** Comience con agua y siga con líquidos claros como bebidas deportivas, jugos y refrescos según los tolere. Si tuvo extracciones no use popotes. Los alimentos se pueden consumir después de que el paciente pueda tolerar los líquidos. **Se sugieren alimentos blanditos** como huevos revueltos, puré de manzanas, yogur, puré de papas y sopas. Si su hijo no tiene hambre, no le obligue a comer pero animelo a tomar todo el líquido que puede tolerar. Sería mejor para el niño, si el padre se abstiene de bebidas alcohólicas y lo mantiene en un ambiente sin humo durante 24 horas después de la anestesia.
- Actividad** Después de la anestesia, cualquiera droga anestésica que permanece en el sistema del niño puede causar que el tiempo de reaccionar e incapacitar la coordinación sea lento, por lo tanto, **tenga cuidado de evitar que el paciente se caiga o tropiece o de otra forma se lastime.** No permite a los niños nadar, andar en bicicleta, patinar o jugar con otros niños hasta que se hayan recuperado plenamente. No deben manejar ni hacer actividades físicas pesadas durante 24 horas o hasta que los efectos de la anestesia hayan desaparecido por completo. Es una buena idea planear un tiempo especial tranquilo comprando un nuevo libro de colorear o rentando una película favorita para ver juntos cuando regrese al paciente a su casa. Coloque una cobija sobre el piso para que el niño descanse y obsérvele de cerca.
- Dolor o fiebre** **Pueden presentarse dolor muscular e irritación de garganta similares a un resfriado o la influenza después de la anestesia. Estos síntomas son muy comunes y normalmente desaparecen entre 24 y 36 horas.** Los medicamentos como Tylenol para niños y Motrin son casi siempre efectivos y se deben tomar a la primera indicación de dolor, si se toleran bien. En los niños se puede presentar fiebre de hasta 101 grados Fahrenheit (38 grados Centígrados) durante las primeras 12 horas. El elixir de Tylenol cada 3 ó 4 horas con muchos líquidos ayuda a aliviar esta condición así como tratar cualquier incomodidad post-operatoria.

## POR ULTIMO, ALGUNAS INSTRUCCIONES DE IMPORTANCIA PARA TODOS LOS PACIENTES:

- Busque Ayuda** Si hay vómito persistente más de cuatro horas.  
Si la temperatura se mantiene elevada después de las primeras 24 horas.  
Si tiene alguna otra preocupación seria después de la anestesia por favor comuníquese con el Dr. Mark K Bottorff a (509) 990-5821.  
Si ocupa asistencia en español, llame (509) 886-2500 (llamada gratis para larga distancia).

**He leído, entiendo y acepto seguir las instrucciones escritas.**

FIRMA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_