



1615 Woods Court, Hood River, Oregon
Teléfono (541) 490-4993 Fax (541) 436-4418
info@littleshredders.com www.littleshreddersdental.com

Christopher A. Swisher, DDS

Odontología Pediátrica

INSTRUCCIONES PARA EL TRATAMIENTO PREVIO A LA SEDACIÓN

Patient: _____

Date of Birth: _____

Date: _____

Sedación Oral o Anestesia General

Agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros en el tratamiento de su preciado/a hijo/a. Nuestro objetivo es continuar ganando esa confianza y al mismo tiempo satisfacer sus necesidades dentales. Aunque hemos hablado sobre las opciones que mejor se adapten a las necesidades de su hijo/a, su bienestar es de suma importancia. Debido a eso, la siguiente es una lista de información importante para ayudar a que el caso sedación sea mucho más eficaz. Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta.

- 1. Requisitos de Alimentación:** no comer ni beber nada **después de media noche** la noche anterior a la cita de sedación. **NO ALIMENTOS NI LIQUIDOS.**
- 2. Medicamentos/Requisitos de Alergias:** informe al dentista y/o anesthesiólogo antes de la cita de sedación si su hijo/a tiene alergias a los medicamentos o si está tomando algún medicamento.
- 3. Requisitos de Ropa:** use ropa suelta y cómoda que permita colocar los monitores. Si su una cobija o juguete de peluche favorito, llévelo.
- 4. Requisitos para el cuidador:** el padre, madre o tutor legal debe estar presente en todo momento durante el tratamiento. En el mejor de los caso, 2 adultos deberán estar con el niño durante el tratamiento. Intente no llevar a otros niños a esta cita para que pueda enfocarse en su hijo el cual estarán sedado. Planee en que un adulto responsable este acompañando a su hijo/a durante todo el día.
- 5. Requisitos de salud:** Por favor, llame a la oficina de inmediato si ocurre algún cambio en salud de su hijo, por ejemplo, resfriado leve, un resfriado en intenso, traumatismo craneal, etc. Es posible que tengamos que cambiar la cita debido a que es mayor el riesgo a que se presenten complicaciones.

Habrá un cargo de \$65 para cualquier cita que se cancele sin un previo aviso de 48 horas.

Reconozco haber recibido y comprendido las instrucciones para la sedación oral anestesia general.

Nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha del tratamiento: _____

Cita posterior al tratamiento (si es necesario): _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha