

# 106 Main Street Suite B. Los Lunas, NM 87031 (505) 865-1999

# INFORMACION DE SEDACION ORAL PARA TRATAMIENTO DENTAL

NOMBRE DE PACIENTE FECHA

Debido a los problemas dentales y la inhabilidad de cooperar en la silla, sera necesario darle a su nino/nina medicamento para sedacion oral durante la cita. El medicamento que sera administrado es:

## Midazolam (Versed) y/o Hydroxyzine (Vistaril)

INSTRUCCIONES GENERALES

Pueda ser que no se duerma el nino(a), pero lo hara sentir letargico. Tambien es una posibilidad que se duerma antes, durante, o despues del tratamiento , pero se podra despertar facilmente. Como con cualquier medicamento, su nino(a) podra sentir el efecto opuesto y ponerse exitado y/o irritable. Recomendamos que otra persona venga con usted a la cita para que le ayude con su nino(a) durante el viaje a casa. Requerimos que permanezca en el edificio durante la cita.

**No le de comida ni bebidas despues de la las doce la noche antes de la cita dental. Significa que no podra desayunar el nino(a) y es muy importante que llege an ayunas.**

**OTRAS INSTRUCCIONES ESPECIALES**

**Fecha de cita: Tiempo: con el Dr. Tasker D.M.D.**

## Si tiene preguntas sobre el cuidado dental de su nino(a) o sobre estas instrucciones, por favor llamenos al 892-9010. Es importante que nos llame si hay un cambio en la salud de su nino(a) de entre 48 horas de la cita dental.

## He leido las instrucciones y mis preguntas han sido contestadas. Segire las instrucciones y entiendo que falta de segir estas instrucciones puedan amenazar la vida. Reconozco los riesgos en la administracion de medicinas sedantes a mi nino(a) para el tratamiento propuesto por el doctor, y tambien me han ofrecedo tratamiento alternatives.

**NOMBRE EN MOLDE: FIRMA:**

**RELACION AL PACIENTE: FECHA:**

**TESTIGO:**

Yo declare que los procedimientos han sido explicado al padre/madre o guardian legal antes de pedir la firma.

**Firma del dentista**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DESPUES DE LA CITA**

1. **Su nino/nina no podra caminar bien, asi que recomendamos que carge su hijo/hija a la salida o tambien tenemos una silla de ruedas para esta occasion.**
2. **Ninos/ninas (hasta la edad de 3 o 4 o si mide 40 pulgadas o menos ) deberan tener su propia silla especial.**
3. **Ninos/ninas mas grandes deberan usar su cinto de seguridad y se recomienda que tenga una persona extra para ayudarle en el camino a casa.**

**ACTIVIDADES**

1. **Es major tener el nino/nina despierta/o por 2 horas despues de la cita.**
2. **Es recomendado que una segunda persona responsible vigile al paciente en el camino a casa.**
3. **Su nino/nina podra estar inestable mientras camine y necesitara ayuda para evitar un accidente. Un ADULTO tiene que estar con el paciente en cada momento hasta que regrese a su estado normal y este alerto/a. El nino/nina podra regresar a la escuela o guarderia el siguiente dia.**
4. **No permita que el nino/nina duerma con la piocha hacia el pecho---esto puede previnir que tenga respiracion adecuada.**
5. **Observe que no se muerda el labio, cachete, o lengua ya que los tendra dormidos debido a la anesthesia local.**
6. **Su nino/nina no podra hacer actividades que le pueda causar dano ese mismo dia, como jugar afuera, andar en bicicleta, o subir y bajar escalones hasta que regrese su cordinacion.**

**INSTRUCCIONES PARA TOMAR Y COMER**

**Su nino/nina podra tener el estomago revuelto por los siguentes 2 o 3 horas. Puede empezar darle liquidos claros como agua, jugo de manzana, gelatina, o caldos claros y ligeros. Si despues de 30 minutes su nino/nina no vomita, puede darle comida solida. En caso que vomite, mantenga la garganta sin obstruccion con deteniendo la cabeza para abajo o a un lado.**

**RAZONES PARA LLAMAR NUESTRA OFICINA**

1. **No puede despertar a su nino/nina.**
2. **Su nino/nina no puede comer ni tomar.**
3. **Vomita exesivamente o tiene dolor constant.**
4. **Su nino/nina le empiezan a salir ronchas.**

**SI ESTO OCURRE O TIENE PREGUNTAS SOBRE LA SEDACION DE SU NINO/NINO, LLAME LA OFICINA AL 892.9010.**

**CONSENTIMIENTO**

**He leido las instrucciones y entiendo el procedimiento y seguire las instrucciones.**

**Nombre del Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Padre/Madre/Guardian\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**