

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE
EL ÓXIDO NITROSO Y ANESTESIA LOCAL**

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____, doy mi consentimiento para el uso de anestesia local o el óxido nitroso/oxígeno que el dentista considere necesario o conveniente para permitir que los proveedores del servicio hagan tratamiento dental como se indica en mi registro, lo cual reconozco, con mi firma abajo, se me ha explicado con anterioridad. Además, cualquier otro procedimiento que se considere necesario o conveniente para el tratamiento previsto para el individuo nombrado arriba, con la excepción de: (en su defecto, por lo que el estado)

Se me ha informado y entiendo que ocasionalmente hay complicaciones involucrados en este tipo de tratamiento y/o la utilización de este tipo de medicamentos o agentes anestésicos; incluyendo, pero no limitado a: adormecimiento, infección, inflamación, sangrado, decoloración, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas, daño cerebral, derrame cerebral o ataque al corazón. Además, entiendo y acepto que las complicaciones pueden requerir hospitalización e incluso pueden provocar la muerte.

El médico que firma abajo ha discutido conmigo, a mi satisfacción, estas complicaciones. Reconozco que recibo y entiendo las instrucciones preoperatorias y postoperatorias. Los procedimientos de tratamiento y de anestesia han sido explicados a mí, a mi entera satisfacción; junto con los posibles métodos alternativos y sus ventajas y desventajas; riesgos, consecuencias y posible efectividad de cada uno, así como el pronóstico si el tratamiento no se proporciona. Entiendo que el uso de sistemas de retención puede ser necesario durante el tratamiento dental con sedación consciente como medida de seguridad.

Reconozco que antes de la ejecución de este consentimiento, he leído este consentimiento y entiendo, a mi satisfacción, el procedimiento que será realizado y acepto los posibles riesgos.

Firma del Paciente: _____

Responsable legal padre / guardián (si es menor de edad): _____

Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Certifico que he explicado los procedimientos anteriores al padre o tutor antes de solicitar su firma.

_____ Fecha: _____
Dentista

