



201 San Pedro Dr Se Suite B2 Albuquerque, NM 87108  
505.232.5437

### 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: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas sobre el cuidado dental de su nino(a) o sobre estas instrucciones, por favor llamenos al 232.5437. 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 seguir 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

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

## ACTIVIDADES

- Es mejor tener el niño/nina despierto/o por 2 horas despues de la cita.
- Es recomendado que una segunda persona responsable vigile al paciente en el camino a casa.
- Su niño/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 alerta/a. El niño/nina podra regresar a la escuela o guarderia el siguiente dia.
- No permita que el niño/nina duerma con la pioccha hacia el pecho---esto puede prevenir que tenga respiracion adecuada.
- Observe que no se muerda el labio, cachete, o lengua ya que los tendra dormidos debido a la anestesia local.
- Su niño/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 coordinacion.

## INSTRUCCIONES PARA TOMAR Y COMER

Su niño/nina podra tener el estomago revuelto por los siguientes 2 o 3 horas. Puede empezar darle liquidos claros como agua, jugo de manzana, gelatina, o caldos claros y ligeros. Si despues de 30 minutos su niño/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

- No puede despertar a su niño/nina.
- Su niño/nina no puede comer ni tomar.
- Vomita exesivamente o tiene dolor constant.
- Su niño/nina le empiezan a salir ronchas.

SI ESTO OCURRE O TIENE PREGUNTAS SOBRE LA SEDACION DE SU NINO/NINA, LLAME LA OFICINA AL 232.5437.

## CONSENTIMIENTO

He leído las instrucciones y entiendo el procedimiento y seguire las instrucciones.

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

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

Fecha \_\_\_\_\_