



BAY ANESTHESIA
GROUP

THE CARE YOU NEED, WHERE YOU NEED IT

Información Médica Confidencial para la Anestesia Pediátrica

Nombre del paciente

Fecha

Nombre de la persona que llene el formulario

Relación al paciente

Número de teléfono

Correo electrónico

Fax

Nombre al dentista del niño

Información General del niño

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado de salud General actual: Excelente Bueno Mas o menos bien Mal

Altura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ libras.

Médico primario: _____ teléfono: _____

Address: _____

Médico especialista: _____ teléfono: _____

Address: _____

Historia de embarazo/Neonatal

1. ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto? _____

2. Parto: Cesárea Vaginal si cesárea, razón: _____

3. ¿Fue su hijo prematuro? NO o Sí, nacido en semanas _____

4. ¿Hubo alguna complicación durante el periodo del recién nacido? _____

Infancia/niñez/adolescencia

1. ¿Su hijo tiene alergias a medicamentos, suplementos o látex? NO o SÍ
Tipo de alergia: _____
Reacciones: Erupción urticaria urgencias otros _____

2. ¿Su hijo ha sido hospitalizado? NO o Sí, explicar _____

3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez cirugía? NO o SÍ
Tipo y fecha de la cirugía: _____

4. ¿Su hijo ha tenido anestesia general? NO o SÍ
¿Problemas con la anestesia? _____

5. ¿Alguien en su familia han tenido problemas con la anestesia general? NO o SÍ
¿Qué problemas? _____

6. lista de todos los medicamentos, drogas, suplementos que su hijo está tomando: _____

¿Su hijo nunca ha tratado por o diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

Enfermedades del corazón	NO	Sí	Cuando	tratamiento de medicina
Soplo de corazón	_____	_____	_____	_____
La presión arterial alta	_____	_____	_____	_____
Latidos cardíacos irregulares	_____	_____	_____	_____
Defecto congénito del corazón	_____	_____	_____	_____
Otro problema del corazón	_____	_____	_____	_____

Enfermedades pulmonares	NO	Sí	Cuando	tratamiento de medicina
Sibilancias/bronquiolitis	_____	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	_____
Neumonía	_____	_____	_____	_____
La apnea obstructiva	_____	_____	_____	_____
Otros problemas pulmonares	_____	_____	_____	_____

Otras condiciones	NO	Sí	Cuando	tratamiento de medicina
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Enfermedad de los riñones	_____	_____	_____	_____
Alergias estacionales, eccema	_____	_____	_____	_____
GERD/ulcera/hernia	_____	_____	_____	_____
Infecciones del oído	_____	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	_____
Afección psiquiátrica	_____	_____	_____	_____
Genética síndrome	_____	_____	_____	_____
Discapacidad de aprendizaje	_____	_____	_____	_____
Anemia	_____	_____	_____	_____

Por favor indique cualquier otra condición _____

Yo certifico que la información anterior es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente en el tratamiento y resultados del tratamiento de mi hijo.

Firma del tutor legal

Fecha

(Relación con el paciente: _____)



BAY ANESTHESIA
GROUP
THE CARE YOU NEED, WHERE YOU NEED IT

Ph: 650-282-4171

Fax: 650-282-4187

info@bayanesthesiagroup.com

www.bayanesthesiagroup.com



BAY ANESTHESIA GROUP

THE CARE YOU NEED, WHERE YOU NEED IT

Teléfono (650) 282-4171

Fax (650) 282-4187

info@bayanesthesiagroup.com

www.bayanesthesiagroup.com

Consentimiento para servicios de anestesia

Se proporciona lo siguiente para informar a los pacientes y a los padres sobre el tratamiento con anestesia. La información no se presenta para hacerlo sentir más aprensivo, sino para permitirle comprender mejor los riesgos y beneficios relacionados con el tratamiento anestésico.

Por la presente autorizo y solicito a cualquier médico representado con Bay Anesthesia Group que administre anestesia como se discutió anteriormente conmigo. Entiendo y acepto que los procedimientos de los que no se habló, pero que se consideren necesarios para mi bienestar o el de mi hijo, pueden realizarse para complementar la anestesia planificada. Se me ha explicado que todos los tipos de anestesia, aunque seguros, conllevan algunos riesgos y no se pueden ofrecer garantías sobre los resultados. Las complicaciones graves son muy raras. Las siguientes son complicaciones que pueden estar asociadas con el tratamiento anestésico:

Complicaciones frecuentes:

- Dolor y / o hematomas en el sitio de la IV
- Dolor de garganta y / o ronquera
- Dolores musculares
- Náuseas y / o vómitos

Complicaciones poco frecuentes:

- Dolor de cabeza
- Lesiones en labios o dientes por instrumentos o dispositivos para las vías respiratorias
- Reacción inesperada al fármaco
- Infección en el sitio intravenoso y venas cercanas
- Sangrado / lesión en la nariz debido al paso de un tubo de respiración
- Infección pulmonar
- Lesión o infección ocular
- Debilidad para respirar después de despertar
- Daño en el nervio

Complicaciones raras:

- Lesión del corazón
- Daño cerebral o muerte

La administración y el control de la anestesia general pueden variar según el tipo de procedimiento, el tipo de médico, la edad y la salud del paciente y el entorno en el que se administra la anestesia. Los riesgos pueden variar con cada situación específica. Se le anima a explorar todas las opciones disponibles para su anestesia o la de su hijo para el tratamiento dental y consultar con su dentista o médico según sea necesario.

Se han discutido conmigo opciones alternativas a la sedación profunda / anestesia general y pueden incluir el uso de anestesia local con sedación con óxido nitroso o anestesia local sola.

Todos los pacientes de sedación y anestesia deben estar acompañados desde y hacia la cita por un adulto responsable. El adulto responsable debe permanecer en la oficina durante la cita a menos que lo autorice el médico. Para la seguridad del paciente, el adulto responsable debe permanecer en el área de espera designada durante el tiempo de tratamiento. El personal de la oficina acompañará al adulto responsable de regreso al área de tratamiento una vez que el anestesiólogo considere que es seguro, para estar presente para la recuperación. Una vez dado de alta, el adulto responsable debe llevar al paciente a casa (el transporte público o los taxis no son aceptables).

Confirmando que yo / el paciente no hemos comido nada (aparte de los medicamentos indicados con agua) durante al menos siete (7) horas antes de la anestesia, y solo se consumieron líquidos claros hasta dos (2) horas antes de la anestesia.

Certifico que, a mi leal saber y entender, yo / la paciente no está embarazada ni intenta quedar embarazada.

He leído y acepto el Aviso de prácticas de privacidad / acuerdo de HIPAA publicado en nuestro sitio web, www.bayanesthesiagroup.com

Doy mi consentimiento para la anestesia que mi anestesiólogo considere apropiada. Reconozco que he leído este formulario o me lo han leído y que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del plan de atención anestésica.

Firma del paciente / tutor legal

Fecha

Relación con el paciente