



Jeffrey A. Hiester, D.D.S.

7200 E. Virginia Street  
Evansville, IN 47715  
(812) 479-8609

## Consentimiento para Sedación Conciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo al Dr. Jeff Hiester a desempeñar el tratamiento dental necesario de mi hijo/ niño bajo tutela legal, utilizando técnicas de sedación consciente incluyendo el uso de una tabla cuna para minimizar movimientos de mi hijo/niño bajo tutela legal. Yo entiendo de que mi niño es incapaz de ser tratado en un arreglo paciente-doctor cooperador usando técnicas dentales usuales y acostumbradas, o, el procedimiento requiere la necesidad de uso de sedación consciente. El propósito y naturaleza de la necesidad de sedación consciente me ha sido explicada completamente.

Yo entiendo completamente que existe la posibilidad de que surjan complicaciones quirurgicas o médicas durante o después del procedimiento. Estos riesgos y efectos secundarios pueden incluir reacción adversa a la droga o una respuesta psicológica típica que pueda causar hospitalización, mas procedimientos quirurgicos, discapacidad, impedimento del sistema, daño temporero o permanente de los nervios, daño cerebral o muerte. Yo autorizo al Dr. Jeffrey A. Hiester, D.D.S. a desempeñar el tratamiento que sea aconsejable para preservar la salud y vida de mi hijo/niño bajo tutela.

Yo entiendo que la sedación puede ser parcialmente o completamente no efectiva en mi hijo o niño bajo tutela. En un caso como éste, el tratamiento planeado no sera posible de hacer ó requiera varias citas usando estas técnicas de sedación consciente para completar el trabajo dental necesario y/o un tratamiento alterno sera aplicado.

Yo he sido provisto con una explicación de alternativas para el tratamiento y entiendo los riesgos de no ser tratado de esta condición dental.

Yo he leído cuidadosamente la información de arriba y en adición, he tenido contestadas todas mis preguntas con respecto a la sedación a ser administrada, los riesgos mencionados y los efectos secundarios.

Yo doy mi libre y voluntario consentimiento al mismo.

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma del doctor \_\_\_\_\_

Me ha sido dado un estimado del costo del tratamiento dental de mi niño. Los cargos y procedimientos me han sido explicados. Yo entiendo que los cargos por sedación serán facturados y pagados el día de la cita aún si la sedación demuestra que es parcialmente o completamente inefectiva.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_