



(575) 526-5522 • 1901 Calle de Ninos Las Cruces, NM 88005

## 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 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

1. Su niño/nina no podrá caminar bien, así que recomendamos que cargue su hijo/hija a la salida o también tenemos una silla de ruedas para esta ocasión.
2. Niños/ninas (hasta la edad de 3 o 4 o si mide 40 pulgadas o menos ) deberán tener su propia silla especial.
3. Niños/ninas más grandes deberán usar su cinturón de seguridad y se recomienda que tenga una persona extra para ayudarlo en el camino a casa.

## ACTIVIDADES

1. Es mejor tener al niño/nina despierto/a por 2 horas después de la cita.
2. Es recomendado que una segunda persona responsable vigile al paciente en el camino a casa.
3. Su niño/nina podrá estar inestable mientras camine y necesitará 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 podrá regresar a la escuela o guardería el siguiente día.
4. No permita que el niño/nina duerma con la piñucha hacia el pecho---esto puede prevenir que tenga respiración adecuada.
5. Observe que no se muerda el labio, cachete, o lengua ya que los tendrá dormidos debido a la anestesia local.
6. Su niño/nina no podrá hacer actividades que le pueda causar daño ese mismo día, como jugar afuera, andar en bicicleta, o subir y bajar escalones hasta que regrese su coordinación.

## INSTRUCCIONES PARA TOMAR Y COMER

Su niño/nina podrá tener el estómago revuelto por los siguientes 2 o 3 horas. Puede empezar darle líquidos claros como agua, jugo de manzana, gelatina, o caldos claros y ligeros. Si después de 30 minutos su niño/nina no vomita, puede darle comida sólida. En caso que vomite, mantenga la garganta sin obstrucción con deteniendo la cabeza para abajo o a un lado.

## RAZONES PARA LLAMAR NUESTRA OFICINA

1. No puede despertar a su niño/nina.
2. Su niño/nina no puede comer ni tomar.
3. Vomita excesivamente o tiene dolor constante.
4. Su niño/nina le empiezan a salir ronchas.

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

## CONSENTIMIENTO

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

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

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

Fecha \_\_\_\_\_