



## Instrucciones Para Padres y Pacientes

Su hijo/hija fue referido a SedaDent para recibir atención dental bajo anestesia general. Estamos aquí para ayudarle. Por favor completar la lista de verificación de programación de abajo:

- Por favor de completar la forma de **INFORMACION DE PACIENTE PARA ANESTESIA, HISTORIAL MEDICO**. Es posible que necesitemos registros médicos adicionales. Además, mantenga informado a su oficina dental sobre cualquier enfermedad reciente o si su hijo se enferma antes de la cita.
- Por favor complete la forma de **LEY DE RESPONSABILIDAD DE 1996 DEL SEGURO DE SALUD DE PORTABILIDAD (HIPAA)** Puede acceder a nuestra políticas de privacidad en <https://www.iheartsedation.com/privacy> .
- Por favor de revisar y completar las formas de nuestra Políticas Financiera y forma de pago con tarjeta de crédito.
- Finalmente, por favor lea y revise la forma de divulgación y consentimiento para la anestesia. Esta forma no tiene la intención de asustar o alarmarlo sino para infórmalo. Los servicios de anestesia general han demostrado ser muy seguros y predecibles. Su anestesiólogo va a discutir y contestar cualquier pregunta que tenga usted antes del tratamiento. Si tiene alguna pregunta antes de su cita siéntase libre de llamar nos al (512) 909-3171.
- Por favor de devolver todas las formas anteriores a su oficina dental.
- Lee y sigue atentamente las **INSTRUCCIONES ANTES DE LA ANESTESIA y INSTRUCCIONES DESPUES DE LA ANESTHESIA. Estos contienen instrucciones importantes para su cuidado antes y posterior a la anestesia.**

Nosotros no estamos en red con seguros privados y no presentamos un reclamo en su nombre. Aunque no aceptamos seguros como pago directo por nuestros servicios, nuestra oficina puede proporcionarle un forma de reclamo para su aseguranza para que le reembolse directamente su aseguranza. Si desea un forma de reclamación, complete la sección del seguro incluyendo el nombre del titular de la póliza y la fecha de nacimiento. Le recomendamos que consulte con su compañía de seguros antes del tratamiento para determinar las limitaciones de la póliza, los deducibles o los copagos.

**También, por favor de pedir un narrativo de su dentista para la anestesia recomendada para agregar a su reclamación del seguro.**

Por favor de llamar a Sedadent Anesthesia Services at (512) 909-3171 si tiene alguna pregunta.

3401 Royal Vista Blvd., Suite A100, Round Rock, TX 78681

Phone: 512-909-3171 Fax: 512-246-3678

[www.iheartsedation.com](http://www.iheartsedation.com)

Rev 03/2024



### INFORMACION DEL PACIENTE PARA ANESTESIA

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ VARÓN O MUJER  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO

Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_  
Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de identificación \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Historial Medico

Por favor de listar los medicamentos que toma \_\_\_\_\_

1. Su hijo/a tiene alergias o reacciones a medicamentos, comida o látex? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
2. Su hijo/a tiene síndrome congénito como la trisomía 21 (síndrome de Down)? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
3. Su hijo/a tiene algún problema con su corazón como defectos congénitos, soplos, presión arterial alta o le falta el aire cuando está jugando? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
4. Si hijo/a tiene problemas con sus pulmones como asma, bronquitis, resfrió reciente, gripe, RSV o tuberculosis?? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
5. Su hijo/a tiene problemas con el estómago o abdomen como reflujo, náuseas o dificultad al comer?? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
6. Su hijo/a tiene problemas con su sistema endocrino como diabetes, problemas de la tiroides, páncreas u otra cosa? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
7. Su hijo/a tiene problemas con sus músculos como debilidad, parálisis, espasticidad, la distrofia Muscular? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
8. Su hijo/a tiene problemas con cualquiera de sus nervios, como convulsiones, parálisis, retraso en el desarrollo, accidente cerebrovascular, el autismo, el TDAH? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
9. Su hijo/a tiene problemas con sus riñones como la insuficiencia renal, infecciones o la diálisis?? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
10. Su hijo/a tiene problemas con su sangre como la hemofilia, frecuentes hemorragias nasales, anemia, mala coagulación, anemia de células falciformes, VIH o transfusiones? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
11. Usted, su hijo/a o algún familiar de ustedes a tenido problemas con anestesia general? SI o NO  
Si contesto si, explique \_\_\_\_\_
12. Por favor de listar enfermedades graves y hospitalizaciones con fechas. \_\_\_\_\_

13. Por favor de listar intervenciones quirúrgicas y las fechas. \_\_\_\_\_

**Entiendo la corrección de la historia de la salud de mi hijo/a es fundamental para la seguridad de la anestesia general. Cuidadosamente he leído y completado el cuestionario a lo mejor de mi conocimiento.**

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Sólo para uso en consultorio dental:

### Información de Tratamiento

Nombre del consultorio dental:	Dentista refiriendo:
Fecha De La Cita:	Duración del tratamiento:

Rev 03/2024



## Ley de Responsabilidad de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad(HIPAA)

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

HIPAA es un acrónimo para la Ley de Responsabilidad de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad. La porción de Simplificación Administrativa de HIPAA requiere que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. establezca estándares nacionales para transacciones electrónicas de cuidado de la salud e identificadores nacionales para proveedores, planes de seguro y empleados. También se ocupa de la seguridad y privacidad de datos de salud.

*El Aviso de Privacidad de Sedadent Anesthesia Services describe que las políticas de Sedadent Anesthesia Services en respecto a HIPAA. Este aviso describe cómo la información sobre usted y su hijo/a puede ser usado y divulgada y como puede tener acceso a esta información. Por favor de revisarla con cuidado y firme abajo..*

Si, leí el Aviso de Practicas de Privacidad de Sedadent Anesthesia Services.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_

Imprima su nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

3401 Royal Vista Blvd., Suite A100, Round Rock, TX 78681

Phone: 512-909-3171 Fax: 512-246-3678

[www.iheartsedation.com](http://www.iheartsedation.com)

Rev 03/2024



### Forma de Pago

Los servicios de anestesia echo en la oficina considerablemente disminuye el costo de cuidado cuando es comparado al cuidado echo en un hospital o en un centro de cirugías ambulantess.

El costo de anestesia es basado en el tiempo del doctor durante el tratamiento. El tiempo de facturación de la anestesia es desde que el paciente se sienta hasta que ya no ya no requiere monitoreo. El tiempo de anestesia dependerá del tiempo de su dentista y del tiempo que tarde en atenderlo para el procedimiento y el tiempo que tarda el paciente en despertar después de la anestesia. Las estimaciones de tiempo varían según la complejidad de la cirugía y el tiempo de preparación de la anestesia. El costo de la anestesia incluye todas las evaluaciones previas a la anestesia, medicamentos anestésicos, suministros, atención de la anestesia y recuperación y es el siguiente.

Aceptamos en efectivo, giros postales, MasterCard, Visa, Discover y American Express y Care Credit.

Debido a la pre-quirúrgica preparación requerida por Sedadent Anesthesia Services para proporcionar una atención segura, de calidad, programar el caso a la exclusión de otras oficinas y pacientes, un depósito debe ser pagado antes de la programación del caso.. El balance de los cargos de anestesia tienen que ser pagados el día antes que el servicio es provisto.

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Fecha de su Cita: \_\_\_\_\_

Tiempo estimado de anestesia: \_\_\_\_\_

- 30 Minutos - \$750
- 60 Minutos - \$1000
- < 90 Minutos - \$1300
- < 120 Minutos - \$1600
- > 130 Minutos - \$2000

Por favor circule forma de pago:

- Credit/Debit
- Care Credit

NUMERO DE TARJETA DE CRÉDITO \_\_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_ CÓDIGO DE SEGURIDAD (ATRÁS DE LA TARJETA) \_\_\_\_\_

DOMICILIO DE ENVIÓ \_\_\_\_\_

Pla cantidad completa se debe por lo menos un día anterior de su cita. Yo autorizo a Sedadent Anesthesia Services para que cobren la tarjeta escrita en esta forma para la cantidad indicada. Costos adicionales se cobraran después del tratamiento a menos de que otros arreglos sean hechos.

Firma \_\_\_\_\_ Imprima su Nombre \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

3401 Royal Vista Blvd., Suite A100, Round Rock, TX 78681  
Phone: 512-909-3171 Fax: 512-246-3678  
[www.iheartsedation.com](http://www.iheartsedation.com)

Rev 03/2024



### Forma de Reconocimiento

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Fecha de su Cita: \_\_\_\_\_  
Tiempo estimado de anestesia: \_\_\_\_\_

El equipo de SedaDent lleva la anestesia de nivel hospitalario al entorno de consultorio familiar para su hijo. Somos un equipo de expertos que transporta, configura y prueba nuestro equipo certificado de grado hospitalario, monitores de pacientes especializados, videoscopios HD y equipo de emergencia antes de su llegada. Nos esforzaremos por brindar una atención excelente a su hijo, priorizando la comodidad y la seguridad.

Un aspecto importante de la seguridad del paciente es garantizar que no haya comido ni bebido el día de la cirugía. Durante la anestesia, los músculos que se encuentran encima del estómago pueden relajarse y liberar el contenido del estómago a los pulmones. Esto puede provocar complicaciones graves, incluida la muerte. El paciente puede tomar líquidos CLAROS (agua, jugo de manzana o Gatorade) hasta dos (2) horas antes del procedimiento. Los pacientes que consuman alimentos, leche, jugo de naranja u otros líquidos no son claros dentro de las ocho (8) horas serán reprogramados.

\_\_\_\_\_ Certifico que el paciente mencionado anteriormente no ha comido nada en las últimas 8 horas y no ha bebido nada excepto líquidos claros desde entonces.

Por favor de tomar también un momento para revisar los precios y poner sus iniciales en el acuerdo del costo a continuación:

- 30 Minutos - \$750
- 60 Minutos - \$1000
- < 90 Minutos - \$1300
- < 120 Minutos - \$1600
- > 130 Minutos - \$2000

\_\_\_\_\_ Entiendo la estructura de costo de SedaDent Anesthesia tal como me la explicaron.

\_\_\_\_\_ Entiendo que los casos pueden durar más o menos tiempo de lo estimado. Ejemplos de cosas que pueden hacer que los casos se prolonguen son: estructura de vía aérea difícil, tiempo extra para que el paciente no coopere en la silla de tratamiento dental, necesidades de seguimiento adicionales después del procedimiento, y cambios en el plan de tratamiento dental.

\_\_\_\_\_ Si el caso de mi hijo dura más de lo esperado, autorizo a SedaDent Anesthesia a cargar en mi tarjeta de crédito registrada el tiempo adicional según el acuerdo de tarifas mencionado anteriormente.

Firma \_\_\_\_\_ Imprima su Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

3401 Royal Vista Blvd., Suite A100, Round Rock, TX 78681  
Phone: 512-909-3171 Fax: 512-246-3678  
[www.iheartsedation.com](http://www.iheartsedation.com)

Rev 03/2024



## INSTRUCCIONES ANTES DE ANESTESIA

**Comer y beber:** En orden de no tener complicaciones durante la anestesia **ES MUY IMPORTANTE** que su hijo(a) **NO COMA O TOME NADA 8** horas antes de su cita dental. Durante la anestesia los músculos por encima del estómago pueden relajarse y mandar el contenido del estómago a los pulmones. Esto puede causar complicaciones muy peligrosas incluyendo la muerte. Su hijo(a) puede tomar líquidos claros solamente 2 horas antes del procedimiento. Ejemplos de líquidos claros incluyen agua, jugo de manzana o Gatorade. El paciente que coma, tome leche, beba jugo de naranja u otro líquido que no sea claro dentro de 8 horas se le reprogramara su cita.

**Ropa:** Ropa suelta con mangas cortas o dos piezas nos permite una fácil colocación de los monitores. Lentes de contacto deben ser removidos antes de su cita. Favor de no usar esmalte de uñas el día de su cita. Para los niños, se recomienda traer un cambio de ropa adicional en caso de que se orine inesperadamente. Por favor de llevar a su hijo(a) al baño cuando llegue a la oficina.

**Historial Medico:** Por favor de informar al doctor de algún cambio en salud antes de su cita. El desarrollo de un resfriado o fiebre puede aumentar el riesgo en la anestesia, niños enfermos serán reprogramados por razones de seguridad.

**Medicamentos:** Favor de seguir el mismo horario de tomar sus medicamentos a menos de que el médico le de otras indicaciones. Los medicamentos deben tomarse con muy poca agua..

**Acompañado Por Un Adulto:** Una persona adulta y responsable debe acompañar a los pacientes el día de su cita. La persona responsable debe permanecer en la oficina el tiempo que dure el tratamiento, a no ser que el doctor autorice algo diferente. La persona responsable debe transportar al paciente en movilidad propia, taxis y autobuses no son aceptables

**Preguntas Y Dudas:** Recibirá de repente una llamada del doctor(a) la noche previa a su cita para responder alguna pregunta o duda que tenga. Por favor comunicarse con Sedadent Anesthesia Services si tiene alguna otra pregunta al **(512) 909-3171**.

3401 Royal Vista Blvd., Suite A100, Round Rock, TX 78681  
Phone: 512-909-3171 Fax: 512-246-3678  
[www.iheartsedation.com](http://www.iheartsedation.com)

Rev 03/2024



## INSTRUCCIONES DESPUES DE ANESTESIA

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha / Tiempo: \_\_\_\_\_

Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

ANESTESIÓLOGO: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

**Actividad:** El paciente puede sentir sueño durante varias horas y puede tomar siestas intermitentes durante todo el día. El paciente no debe conducir, andar en bicicleta, nadar, saltar en trampolines, firmar contratos ni realizar ninguna otra actividad que requiera su total coordinación durante al menos el resto del día. Por lo general, el paciente puede esperar reanudar sus actividades normales al día siguiente de la cirugía.

**Fiebre:** El paciente puede enrojecerse con un poco de fiebre después de la anestesia. El paciente debe permanecer adentro en un lugar fresco durante el resto del día.

**Dieta:** Debe de comenzar con líquidos claros (agua, jugo de manzana, Gatorade). Introduzca lentamente más alimentos sólidos a lo largo del día. Evite la carne o los lácteos durante 2-3 horas después de la cita. El dentista puede tener restricciones dietéticas adicionales según el procedimiento dental del paciente.

**Sedación intravenosa(IV):** Un pequeño porcentaje de los pacientes experimentan sensibilidad y/o rojez en la área intravenosa. Los moretes son comunes y esperados, pero inflamación o rojez creciente, no son normales.

**Dolor de Garganta:** A su hijo(a) se le puso un tubo de respiración en el lado derecho o izquierdo de la nariz. Si usted nota la área roja o que le sangre la nariz, eso es muy normal. Su hijo(a) puede quejarse de su garganta como resultado del tubo de respiración y podrá durar hasta 3 días con molestia después de la cirugía..

**Control de Dolor:** No es raro que el paciente tenga alguna molestia o dolor después del procedimiento dental. Es posible que el anesthesiólogo haya administrado analgésicos intravenosos durante la cirugía, pero estos generalmente desaparecen unas horas después del procedimiento. Es posible que el dentista haya administrado anestesia local ("lidocaína") para que el paciente pueda adormecerse en partes de la boca. Si el dolor persiste a pesar de tomar los analgésicos recomendados, comuníquese con su dentista.

Se recomiendan los siguientes medicamentos según sea necesario para el control del dolor posoperatorio:

- Tylenol/Acetaminofén (según sea necesario, dosis según las instrucciones del paquete)
- Puede comenzar inmediatamente.
- Puede comenzar \_\_\_\_\_am/pm Y/O
- Motrin / Advil / Ibuprofeno (según sea necesario, sigan las instrucciones del paquete)
- Puede comenzar \_\_\_\_\_am/pm. Y/O
- Medicamentos para el dolor recetados por el dentista. Tómelo según las indicaciones.
- Otro: \_\_\_\_\_

**Náusea/ Vómito:** Ocasionalmente se producen náuseas y vómitos después de la anestesia. Si el paciente siente náuseas o vomita después del alta, restrinja el consumo de líquidos claros hasta que pasen las náuseas. Por favor de comunicarse con nosotros (anesthesiólogo) inmediatamente si el paciente está vomitando por más de 4 horas.

**Sangrado:** Siga las instrucciones del dentista con respecto al sangrado posoperatorio. Si lo sangrado persiste más de lo que le dijeron que esperaba o parece excesivo, comuníquese con su dentista.

**He revisado estas instrucciones de alta con mi anesthesiólogo o su asistente y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Recibiré una copia de estas instrucciones.**

Imprima su Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_