

SEDACION Y ANESTESIA PARA EL CIUDADO DENTAL DE LOS NIÑOS

Este formulario le ayudara a tener en cuenta los beneficios de la sedación y anestesia para su niño si...

- Se ha aplazado el tratamiento debido a la necesidad de varias citas,
- Usted ha retrasado el tratamiento dental de su niño(a) ya que temen que sea una experiencia dolorosa,
- Su niño(a) ha tenido una experiencia desagradable durante tratamiento dental previo,
- A usted le gustaría completar el tratamiento dental de su niño(a)...

Sin dolor...Sin recordar nada...de manera rápida y con menos visitas

Todo padre de familia quisiera que sus hijos(as) recibieran el tratamiento dental más completo posible. Mientras muchos adultos evitan tratamiento dental alguna vez en su vida por miedo y ansiedad; los niños responden a este, basados en un entendimiento limitado de su importancia y necesidad. En muchos casos el Odontopediatra, higienista, o auxiliar dental puede presentar el tratamiento a su niño(a) en manera divertida e interesante de tal manera que permita completar el tratamiento dental necesario.

Típicamente los niños más pequeños podrían sentir un grado de ansiedad hacia los extraños, corto periodo de atención, y no tolerar mantener la boca abierta. Incluso un Odontopediatra hábil ocasionalmente podría tener poco éxito en completar tratamiento en niño(s) temerosos. La magnitud y complejidad del tratamiento dental podrían reducir la eficacia de las estrategias de modificación de comportamiento utilizadas por el equipo odontológico. Retraso en recibir tratamiento dental adecuado podría resultar en dolor oral, infecciones, y pérdida de dientes.

Bajo estas circunstancias hay servicios de anestesia disponibles para el tratamiento dental de su niño(a). Un Anestesiólogo calificado quien usa medicamentos y monitores iguales a los usados en hospitales puede proveer este cuidado. Usualmente a los niños se les provee un sedante antes de recibir la inhalación primaria o anestésicos intravenosos. Cada niño recibe un anestésico valorado y preparado individualmente mientras su ritmo cardiaco, presión sanguínea, respiración y estado de consciencia son monitoreados detallada y continuamente. El paciente permanece dormido con amnesia profunda y sin dolor durante todo el procedimiento. Esto le permite al Dentista completar eficazmente todo el tratamiento dental o quirúrgico planeado.

LA ANESTESIA PUEDE HACER QUE EL TRATAMIENTO DENTAL SEA UNA EXPERIENCIA COMODA PARA LOS NIÑOS

- Esta le permite a los padres escoger el tratamiento recomendado por el dentista de sus hijos y así evitar elecciones insatisfactorias debido al temor del niño(a) o emergencias dolorosas inesperadas.
- Los niño(a)s no recuerdan el tratamiento dental o quirúrgico y despiertan con los padres presentes.
- El stress que causa el tratamiento en niño(a)s quienes se atragantan fácilmente, podría ser eliminado.
- Tratamiento de conductos, extracciones, y procedimientos quirúrgicos se pueden tolerar sin sentir dolor.
- Niño(a)s con discapacidades mentales o físicas pueden recibir tratamiento en un ambiente completamente monitoreado, libre de stress y mientras duermen. A menudo se les da de alta después de un corto periodo de recuperación.

PERSONAL DE ANESTESIOLOGIA

Martin R. Boorin, DMD es un Dentista Anestesiólogo completamente calificado, entrenado en residencia, y con experiencia. Él es graduado de la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Connecticut, completó sus dos años de residencia en anestesiología en el Long Island Jewish Medical Center. El Doctor Boorin es un diplomado del American Dental Board of Anesthesia, y del National Dental Board of Anesthesiology. Él ha sido parte del personal como Dentista Anestesiólogo del Long Island Jewish Medical Center desde completar su residencia en 1987. Es jefe seccional de anestesiología dental en el Departamento de Medicina Dental del Long Island Jewish Medical Center en donde coordina y provee educación en anestesiología a sus residentes. Actualmente el Doctor Boorin es asistente-profesor clínico en el departamento de Odontología Hospitalaria y Anestesiología Dental del Stony Brook School of Dental Medicine. Además da clases y participa en numerosas organizaciones profesionales

P.O. Box 107 Huntington Station, NY 11746

Oficina: (631) 940-3690 Celular: (516) 776-0716

Las instrucciones aquí mencionadas deben seguirse estrictamente antes de someterse a la anestesia. Estas harán que el tratamiento planeado bajo la anestesia se lleve a cabo de manera segura y con éxito.

El no seguir alguna de las instrucciones siguientes podría obligar al Doctor a posponer el tratamiento.

Se retendrá el depósito para la anestesia como multa si el niño(a) consume alimentos el día del tratamiento a menos que le hayan indicado hacerlo.

INSTRUCCIONES PRE-ANESTESIA

ALIMENTACION:

El niño no debe comer nada después de la media noche el día de la cita a menos de que le hayan dicho lo contrario. Su hijo(a) puede consumir cantidades moderadas de líquidos claros (8 onzas) solo hasta dos horas antes de la cita.

LIQUIDOS CLAROS= Agua, Jugo de manzana, Gatorade, helado de agua.

NO PUEDE DARLE= Leche, Sopa, Jugo espeso, oscuro o que contenga pulpa.

MEDICAMENTOS:

Medicamentos recetados deben tomarse en la manera en que los han ordenado, a menos de que hayan hablado con el Dr. Boorin, y que él los haya modificado previamente. **TOMAR MEDICAMENTOS CON LIQUIDOS CLAROS SOLAMENTE. No tomar vitaminas, productos herbales, ni medicamentos sin receta médica.**

CAMBIOS DE SALUD:

Cambios en la salud de su hijo(a) son muy importantes; especialmente si le da fiebre o gripe. Informe nuestra oficina de cualquier cambio de salud que ocurra antes de la cita de su niño(a). Por seguridad tal vez tendremos que programar la cita para otro día.

PREPARACION EN CASA:

Asegúrese que su niño(a) duerma bien la noche anterior al procedimiento. Deberá vestir ropa suelta, y cómoda. Sugerimos colocarle una camisa de manga corta y un suéter si es necesario. Deberán remover lentes de contacto. Traer una manta para cubrirlo y ropa para cambiarlo(a) en caso de que tenga algún accidente.

AL LLEGAR:

Llegue lo suficientemente temprano para repasar la información médica de su niño(a), examinarlo(a) brevemente, obtener el consentimiento para la anestesia, y responder toda pregunta.

EN CAMINO A CASA:

El niño(a) estará somnoliento(a) después del procedimiento y deberá estar acompañado por dos adultos o por lo menos uno de los papas. Un adulto conducirá y el otro atenderá el niño(a) en el camino a casa. Los dos, niño y adulto, deberán ponerse el cinturón de seguridad ya que estarán menos preparados para sostenerse en caso de parar repentinamente. No utilice medios de transporte masivo (bus o tren). Este preparado(a), el niño(a) podría darle nauseas en el camino a casa.

EN CASA:

Un adulto responsable deberá permanecer con el paciente hasta el día siguiente.

INTRUCCIONES POST-ANESTESIA

ACTIVIDAD:

Al llegar a casa su niño(a) deberá descansar por el resto del día bajo observación. Es común que los pacientes sientan sueño, mareo y falta de equilibrio después de recibir anestésicos. El niño(a) podrá regresar a la escuela el día siguiente si el tratamiento ha sido temprano o cerca del mediodía y si ha pasado una noche tranquila.

ALIMENTACION:

Al llegar a casa deberá tomar solo una onza de agua o jugo de fruta claro cada 15 minutos por una hora y media. Prosiga con los líquidos claros y pequeñas cantidades de carbohidrato blando por otra hora y media. Suministre un poco de líquido frecuentemente durante el día. El mantenerse hidratado es más importante que la comida sólida. No suministrar productos lácteos o carnes por lo menos hasta tres horas después de llegar a casa.

EFFECTOS POST-TRATAMIENTO:

Algunos efectos post-tratamiento comunes incluye adormecimiento, mareo, nausea (esta última podría empeorar después del viaje en carro a casa), molestia en la boca, mandíbula, garganta, resequedad en la boca, dolor muscular y escalofríos.

EL AREA DE LA INTRAVENOSA: Un muy pequeño porcentaje de pacientes sufren de enrojecimiento y/o dolor en la mano, brazo, o pie. Esto podría ser una flebitis química debido a la infusión intravenosa. Si esto ocurre por favor contacte al Dr.Boorin de inmediato al (516) 776-0716. Si flebitis ocurre, el paciente deberá recibir un agente anti-inflamatorio, (Acetaminofén o ibuprofeno). Aplique paños de agua tibia y eleve el brazo o el pie.

BUSQUE AYUDA SI:

El/La niño(a) le da vomito por más de cuatro horas y en cuatro ocasiones diferentes. Si no puede tomar líquidos 4 horas después de llegar a casa. Si le da fiebre alta persistente. Si alguna otra cosa le causa preocupación.

MEDICAMENTO PARA EL DOLOR:

Probablemente tendrá que darle a su niño(a) Tylenol o Ibuprofeno después del procedimiento para minimizar Algún dolor de garganta, boca, o dientes. Deberá comenzar a dar el medicamento al llegar a casa y repetirlo en Intervalos de cada 4(Tylenol) o 6(Ibuprofeno) horas hasta el otro día, para garantizar que duerma bien esa noche.

He leído, entiendo, y me he comprometido a seguir las instrucciones arriba

Fecha: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Financial Agreement & Insurance Information

Martin R. Boorin, DMD, PC



Everyone benefits when financial arrangements are agreed upon in advance. This material will acquaint you with our financial policies regarding payment of anesthesia services and submission of insurance claims.

Patient's Name: _____ Date of Procedure ____/____/____

Dentist / Surgeon's Name: _____

Anesthesia Fee Estimation:	Dentist's ESTIMATED dental treatment time	_____ Min
Estimated anesthesia time [dental treatment time plus preop / postop time (additional 45 minutes)]		_____ Min
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Anesthesia fees are based on units of time: \$ 1125 for the first 60 minutes of anesthesia \$ 125 for each additional 15-minute increment of anesthesia (The anticipated Minimum Charge for anesthesia is \$ 1125)</p> </div>	Initial 60 Minutes	\$ 1125.00
	Additional Time (\$ 125 x _____)	\$ _____
	Total Estimated Anesthesia Fee	\$ _____
	Less the Deposit	\$ 500.00
ESTIMATED TOTAL DUE ON THE DAY OF SURGERY		\$ _____

PAYMENT FOR ANESTHESIA SERVICES IS DUE IN FULL ON THE DAY SERVICES ARE PROVIDED:
 I, *the Parent/Guardian*, acknowledge full financial responsibility for the payment of anesthesia services. I understand that by signing this document, I am agreeing to pay Dr. Martin R. Boorin his full fee for anesthesia services on the day of services rendered. If the anesthesia time exceeds the estimate, the patient/parent/guardian will be responsible for the additional fee. If the anesthesia fee is less than the estimated time, the patient/parent/guardian will be charged based on the actual anesthesia time. I understand that payment for anesthesia services may be made by: **Cash, Bank Check / Money Order, or Credit Card (Visa / MC / Discover).**

DEPOSIT POLICY:
 It takes great effort, time, and coordination between the offices of the dentist and dentist anesthesiologist to schedule your appointment. A **Deposit of \$ 500.00 is therefore required at the time the treatment visit is scheduled. Your \$500.00 deposit is NON-REFUNDABLE with the exception of the onset of illness or cancellation greater than 7 days in advance of the scheduled treatment date.** Failure to comply with instructions relating to eating and drinking, or a minimum 7 day advanced cancellation notice will result in cancellation of the appointment and forfeiture of your deposit. This financial agreement, along with the deposit, must be signed and returned to the address below or the treating dentist's office prior to the anesthesia appointment. Deposits may be received by one of the following methods; Cash, Bank Check, Money order, or Credit Card (please complete form below).

INSURANCE: As a Courtesy, We Will Submit to Your Medical Insurance Carrier on Your Behalf and Require Completion of an Insurance Data Form and Your Medical Insurance Card

It is important that reimbursement for the anesthesia fee by dental or medical insurance programs NOT be assumed. Many insurance policies **DO NOT** pay for anesthesia services for dentistry or have limitations on individual policies. We are an out of network provider. You must contact and check with your Dental or Medical Insurance Company representatives to discuss your specific benefits. You will receive a detailed "Anesthesia Statement of Services Form" at the conclusion of the anesthesia procedure. An insurance company is more likely to accept a claim when the patient has a documented need for anesthesia services. These may include, but are not limited to the following: *history of failed local anesthesia, allergies to local anesthetics, cerebral palsy and heart/lung diseases.* A note from your physician acknowledging the need for anesthesia services will be helpful.

I have read, agree, and received a copy of the financial agreement and deposit policy.

Signature: _____ Print Name: _____ Date: _____

Credit Card (circle): MC Visa Discover	Card # : _____	Exp. Date: _____
Deposit Amount: \$ _____	Security Code [Back of Card, 3 digits for MC, Visa, 4 digits for AE] _____	[Required]
The Cardholder acknowledges responsibility for payment of the non-refundable deposit and agrees to perform the obligations set forth in the cardholder's agreement with the issuer.		
Cardholder Signature: _____	Cardholder Name: _____	Date: _____
Cardholder Address: _____	City: _____	State: _____ Zip: _____

Office use: Deposit Payment: _____	Cash	Check / Money Order [# _____]	Credit Card
Amount of Deposit Received: \$ _____	Received by: _____		Date: _____

ANESTESIA PARA LA SALUD DENTAL

Martin R. Boorin, DMD, PC

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PRIVADA DE CUIDADOS DE LA SALUD, PARA TRATAMIENTO, PAGO, Y/O TRAMITES.

Propósito del Consentimiento:

Al firmar este formulario, usted da consentimiento para usar y divulgar la información protegida de su niño(a) o dependiente para tratamiento, pagos y trámites de cuidados de la salud.

Aviso sobre prácticas de privacidad:

Usted tiene derecho a leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Este anuncio provee una descripción del tratamiento, actividades de pago, trámites de cuidados de la salud, el uso y la divulgación de la información protegida de su niño(a) o dependiente, y de otros asuntos importantes referente a dicha información. Una copia de nuestro aviso está disponible a pedido. Si usted lo solicita se le proveerá para que la lea antes de firmar este consentimiento. Nos reservamos el derecho de hacer cambios a nuestras prácticas de privacidad en la manera que esta descrito en nuestro aviso de las mismas. Si hacemos cambios a nuestras prácticas de privacidad, expediremos un anuncio revisado de estas incluyendo los cambios. Estos podrían aplicar a cualquier información de salud protegida de su niño(a) o dependiente que tengamos.

Derecho a revocar:

Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos notificación por escrito, dirigida a la persona asignada como contacto en el aviso sobre prácticas de privacidad. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no afectara cualquier acción que hayamos tomado en confianza del mismo antes de haber recibido la revocación; y que podríamos rehusarnos o continuar prestando servicios a su niño o dependiente.

Consentimiento Otorgado

He tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este consentimiento y su aviso sobre prácticas de privacidad. Entiendo que al firmar este formulario les estoy dando consentimiento para usar y divulgar la información médica de mi niño(a) o dependiente para tratamiento, pagos y trámites de cuidados de la salud.

El suscrito está de acuerdo en que una copia de esta autorización tiene el mismo efecto y fuerza que el original.

Cualquier persona, agencia, o entidad que divulgue asuntos/información conforme a esta autorización esta absuelto, por medio de la presente, de cualquier responsabilidad que pudiese resultar. Entiendo más a fondo que podre revocar este consentimiento en el futuro si así lo quisiese.

Entiendo también que tengo el derecho de revisar el aviso de prácticas de privacidad de Martin R. Boorin, DMD, PC y de solicitar restricciones. También de revocar este consentimiento en el futuro si lo deseo.

Revocación del consentimiento:

Por medio de la presente revoco el consentimiento para el uso o la divulgación de la información médica protegida de mi hijo(a) o dependiente para tratamiento, pagos y trámites de cuidados de la salud. Entiendo que la revocación de este consentimiento no afectara cualquier acción que hayan tomado en confianza del mismo antes de haber recibido la cancelación. Entiendo también que podrían rehusarse o continuar prestando servicios a mi niño(a)/ dependiente después de yo haber revocado el consentimiento.

Nombre escrito

Firma

Fecha

Nombre del Paciente: _____