

DESERT STATE DENTAL ANESTHESIA, LLC

Registracion del Paciente

Nombre del Paciente : _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Telefono: Dia: _____ Tarde: _____

Nombre de Padres o Tutor Legal : _____

Historial Medico del Paciente

Genero: H M Peso: _____ lbs. Fecha de Nacimiento: ____/____/____

El paciente alguna vez a padecido o diagnosticado con: **(circule lo que aplique)**

Asma soplo cardiac Cirugia de Corazon Latido Irregular enfermedad renal o hepática	Atacques Apnea de Sueno Diabetes Hipertiroidismo Hipotiroidesmo	Trastorno Hemorragicos Sindrome de Down, Algun Sindrome otro: _____ _____	Paralisis Cerebral Fibrosis Quistica Hemofilia Mastocitosis	Hipertermia Maligna (Paciente o Familiar) Enfermedad Muscular Distrofia Anemia de Celulas Falciformes Traqueomalicia
---	---	---	---	--

Esta el paciente bajo el cuidado de alguno de los siguientes? **(Por Favor Circule)**

cardiologo, endocrinologp, genetista, hematologo, neurologo, oncologo, pulmonologo, pediatra, otro

Lista, por favor de alguna cirugia previa: _____

Lista de reacciones alegias a (medicamentos, comidas, latex, etc): _____

Lista, por favor de medicamentos actuales incluyendo inhaladores : _____

El paciente usa Albuterol o Xopenex? _____ Si su respuesta es si, que tan seguido ? _____

Declaracion de Privacidad de HIPAA

Entiendo que, en virtud de la Portabilidad del Seguro de Salud y ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a la proteccion sobre mi informe de salud

Entiendo que esta informacion sera usada para: 1) Conducir, planear, y dirigir tratamiento y seguimiento entre los multiple proveedores de salud los cualespudieran involucrarse en el tratamiento directo e indirecto. 2) Obtener pagos de terceros pagadores.

Anestesia Acuerdo y Consentimiento

La seguridad del paciente es nuestra prioridad. No son nuestras expectativas tener complicaciones serias. Sin embargo, existen algunos riesgos inherentes a la administracion de anestesia. Estos incluyen pero no se limitan a: moretes o molestias en el sitio del IV or IM, dolor de boca, labios, nariz o garganta, mareos, vision borrosa, debilitacion y deterioro del juicio, sueno, nauseas y/o vomito. **Extremadamente raro**, complicaciones de anestesia como anaphylaxia, hipertermia maligna, trastorno de ritmico cardiaco o arresto, vomito y problemas respiratorios requieran transportacion de emergencia y hospitalizacion.

Se me a explicado los riesgos y posible complicaciones junto con la anestecia. Entiendo ser responsable de gastos debidos a complicaciones el cual recquieran tratamiento medico. Estoy satisfecho a las respuestas de todas mis preuntas y de acuerdo a proceder con la anesthesia.

Reconosco la importancia del ayuno y me comprometo asegurarme de que se siga al pie de la letra. **El paciente no puede comer ni beber nada despues de las 11pm del dia anterior de su cita. Aun pequenas cantidades de comida antes de la anestesia pueden resultar en graves complicaciones a la vida del paciente requiriendo servicio de emergencias y hospitalizacion.** Estas restricciones son por la seguridad el paciente

Nombre del Padre o Tutor

Firma

Fecha