



CarePoint Anesthesia

Información Médica Confidencial para la Anestesia Pediátrica

Nombre del paciente

Fecha

Nombre de la persona que llene el formulario

Relación al paciente

Número de teléfono

Correo electrónico

Fax

Nombre al dentista del niño

Información General del niño

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado de salud General actual: Excelente Bueno Mas o menos bien Mal

Altura: _____pies _____pulgadas Peso: _____libras.

Médico primario: _____ teléfono: _____

Address: _____

Médico especialista: _____ teléfono: _____

Address: _____

Historia de embarazo/Neonatal

1. ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto? _____

2. Parto: Cesárea Vaginal si cesárea, razón: _____

3. ¿Fue su hijo prematuro? NO o Sí, nacido en semanas _____

4. ¿Hubo alguna complicación durante el periodo del recién nacido? _____

Infancia/niñez/adolescencia

1. ¿Su hijo tiene alergias a medicamentos, suplementos o látex? NO o SÍ
Tipo de alergia: _____
Reacciones: Erupción urticaria urgencias otros _____

2. ¿Su hijo ha sido hospitalizado? NO o Sí, explicar _____

3. ¿Su hijo ha tenido alguna vez cirugía? NO o SÍ
Tipo y fecha de la cirugía: _____

4. ¿Su hijo ha tenido anestesia general? NO o SÍ
¿Problemas con la anestesia? _____

5. ¿Alguien en su familia han tenido problemas con la anestesia general? NO o SÍ
¿Qué problemas? _____

6. lista de todos los medicamentos, drogas, suplementos que su hijo está tomando: _____

¿Su hijo nunca ha tratado por o diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

Enfermedades del corazón	NO	Sí	Cuando	tratamiento de medicina
Soplo de corazón	_____	_____	_____	_____
La presión arterial alta	_____	_____	_____	_____
Latidos cardíacos irregulares	_____	_____	_____	_____
Defecto congénito del corazón	_____	_____	_____	_____
Otro problema del corazón	_____	_____	_____	_____

Enfermedades pulmonares	NO	Sí	Cuando	tratamiento de medicina
Sibilancias/bronquiolitis	_____	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	_____
Neumonía	_____	_____	_____	_____
La apnea obstructiva	_____	_____	_____	_____
Otros problemas pulmonares	_____	_____	_____	_____

Otras condiciones	NO	Sí	Cuando	tratamiento de medicina
Diabetes	_____	_____	_____	_____
Enfermedad de los riñones	_____	_____	_____	_____
Alergias estacionales, eccema	_____	_____	_____	_____
GERD/ulcera/hernia	_____	_____	_____	_____
Infecciones del oído	_____	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	_____
Afección psiquiátrica	_____	_____	_____	_____
Genética síndrome	_____	_____	_____	_____
Discapacidad de aprendizaje	_____	_____	_____	_____
Anemia	_____	_____	_____	_____

Por favor indique cualquier otro médico condiciones _____

Yo certifico que la información anterior es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente tratamiento y resultados del tratamiento de mi hijo.

Firma del tutor legal

Fecha

(Relación con el paciente: _____)

CarePoint Anestesia Group, LLC principal
8301 E Prentice Avenue, Suite 215
Greenwood Village, CO 80111
Teléfono 720.606.4220
Fax 720.606.4221

www.carepointanesthesia.com
info@carepointanesthesia.com

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Atención punto Anestesia Group, LLC

A continuación se proporciona para informar a los pacientes y los padres de tener tratamiento bajo anestesia. La información no se presenta para hacerte más aprensivos, sino permitirle comprender mejor los riesgos y beneficios implicados con tratamiento anestésico.

Yo por la presente autorizo y solicito a cualquier médico representado con CarePoint para administrar anestesia previamente discutida conmigo. Entiendo y acepto que los procedimientos que no fue hablado, pero se considera necesario para mi bienestar del niño, pueden ser realizados para complementar la anestesia prevista. Se ha explicado a mí que todos los tipos de anestesia, aunque seguro, implican algunos riesgos y no pueden hacerse garantías sobre resultados. Las complicaciones serias son muy raras. Las siguientes son las complicaciones que pueden estar asociadas con el tratamiento anestésico:

Complicaciones comunes:

- Dolor o hematomas en el sitio IV
- Dolor de garganta o ronquera
- Muscular dolores
- Náuseas o vómitos

Complicaciones infrecuentes:

- Dolor de cabeza
- Heridas en los labios o los dientes de las vías respiratorias instrumentos o dispositivos
- Inesperada reacción de la droga
- La infección en el sitio intravenoso y venas cercanas
- Hemorragia, lesión en la nariz debido al paso de un tubo de respiración
- Infección pulmonar
- Ojo lesión o infección
- Debilidad en la respiración después de despertar
- Daño al nervio

Complicaciones raras:

- Heridas del corazón
- Daño cerebral o muerte

Alternativas a la sedación profunda/general anestesia han discutido conmigo y pueden incluir el uso de anestesia local con sedación de óxido nitroso o anestesia local sola.

Puedo confirmar que el paciente no ha tenido nada que comer o beber (salvo los medicamentos indicados con la menor cantidad de agua) durante al menos ocho 8 horas antes de la anestesia.

Yo certifico que mi conocimiento del paciente no es embarazada o planea quedar embarazada.

Doy mi consentimiento a la anestesia que se estime conveniente por mi anestesiólogo. Reconozco que he leído este formulario o había leído a mí y que entiendo los riesgos, alternativas y resultados esperados del plan de atención anestésico.

Yo certifico que la información médica que fue explicada durante la consulta es completa y exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente tratamiento y resultados del tratamiento de mi hijo.

Firma del tutor legal o paciente

Fecha

Relación con el paciente: _____

CarePoint Anestesia Group, LLC
8301 E Prentice Avenue, Suite 215
Greenwood Village, CO 80111

Phone 720.606.4220
Fax 720.606.4221