



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

Sedación pediátrica mínima para pruebas y procedimientos

Médico adjunto/supervisor: _____

Médico residente (según corresponda): _____ con supervisión **directa**.

Se le proporciona esta información para que pueda tomar una decisión informada sobre la **sedación de su hijo para pruebas o procedimientos**.

Información sobre la sedación mínima:

Para obtener los mejores resultados en algunas pruebas o procedimientos, el niño debe permanecer totalmente quieto.

Otros procedimientos pueden resultar molestos o dolorosos para el niño si está despierto.

A su hijo se le administrarán medicamentos para que se relaje. Estos medicamentos también harán que se sienta más cómodo. Pueden administrarse por vía intravenosa, por nariz o por boca. Esto se conoce como “sedación mínima”. Su hijo sentirá sueño. Es posible, incluso, que se duerma por momentos durante el procedimiento. Le controlaremos la frecuencia cardíaca, la respiración y la presión arterial. También le controlaremos el nivel de oxígeno.

Si la frecuencia cardíaca, la presión arterial o el nivel de oxígeno de su hijo alcanzan niveles anormales, podemos interrumpir la administración de sedantes o administrar medicamentos para revertir los efectos de la sedación. Es posible que no podamos revertir sus efectos y debamos ayudarle a respirar. Incluso si está bajo **ÓRDENES DE NO REANIMARLO**:

- Su hijo puede necesitar intubación para poder respirar.
- Su hijo puede necesitar medicamentos para controlar la presión arterial.

Reevaluaremos el plan de tratamiento médico de su hijo y las órdenes de no reanimarlo cuando desaparezcan los efectos de la sedación.

Beneficios del procedimiento:

- Calma el nerviosismo y el temor de su hijo.
- Hace que su hijo tenga sueño durante la prueba o procedimiento.
- Hace que su hijo se quede quieto durante la prueba o procedimiento.
- Alivia el dolor o las molestias durante la prueba o procedimiento.

El médico no puede garantizar que su hijo obtendrá estos beneficios. Solo usted puede decidir si vale la pena correr el riesgo para que su hijo obtenga alguno de ellos.

Riesgos de la sedación:

Ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Algunos de ellos son conocidos. Es posible que haya riesgos que no se incluyen en la lista y que su médico no pudo prever.

Riesgos específicos de este tipo de sedación:

- Reacción alérgica a los medicamentos que se administran para la sedación. Quizás deba tratarse con otros medicamentos.
- Náuseas y vómitos. Quizás deban tratarse con otros medicamentos.

- Somnolencia que dura más de lo previsto.
- El medicamento puede alterar a su hijo. Esto no es frecuente.
- El contenido del estómago de su hijo puede ingresar en los pulmones. Esto puede causar neumonía.
- La respiración de su hijo puede disminuir y la frecuencia cardíaca puede cambiar. Quizás deba tratarse con otros medicamentos.

Los riesgos asociados con la sedación pueden aumentar si su hijo:

- Come o bebe después de la hora especificada.
- Presenta infección en los pulmones o en otra parte del cuerpo.
- Tiene lengua o amígdalas grandes u otros problemas para respirar.

Riesgos específicos de su hijo:

Alternativas a la sedación:

- Puede optar por que su hijo no se someta a la prueba o procedimiento.
- Algunos procedimientos pueden realizarse con anestesia general.

Si rechaza la sedación mínima:

- Si retrasa la prueba o procedimiento, puede haber un deterioro en los síntomas o en la afección de su hijo.
- Puede reprogramar la prueba o procedimiento para más adelante.

Información general:

Durante el procedimiento, es posible que el médico necesite realizar más pruebas o tratamientos.

En el procedimiento, podrían estar presentes estudiantes, miembros del personal técnico de ventas y otros miembros del personal. El médico de su hijo los supervisará.

Las fotografías y los videos del procedimiento pueden añadirse a la historia clínica de su hijo y publicarse con fines didácticos. Su identidad se mantendrá protegida.



Affix Patient Label	
Patient Name: _____	Date of Birth: _____

Al firmar este formulario acepto que:

- He leído este formulario o me lo han explicado en palabras que puedo entender.
 - Entiendo su contenido.
 - He tenido tiempo de hablar con el médico. Mis preguntas han sido respondidas.
 - Quiero que mi hijo reciba: **sedación mínima para la siguiente prueba o procedimiento** _____
-
- Entiendo que el médico puede solicitar que otro médico igualmente calificado realice la sedación.
 - Entiendo que otros médicos, incluidos los residentes, u otros miembros del personal pueden ayudar con la sedación. Las tareas se asignarán según su nivel de habilidad. El médico de mi hijo los supervisará.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: Padre/madre del menor Familiar más cercano (relación) _____
 Tutor/poder notarial de atención médica

Para uso EXCLUSIVO del proveedor (For Provider Use ONLY):

The sedation team has explained the nature, purpose, risks, benefits, possible consequences of non-treatment, alternative options, and possibility of complications and side effects of the intended intervention. I have answered questions, and patient's parent has agreed to procedural sedation.

Provider signature: _____ Date: _____ Time: _____

Teach Back:

Parent shows understanding by stating in his or her own words:

- _____ Reason(s) for the procedural sedation: _____
- _____ Benefit(s) of sedation: _____
- _____ Risk(s) of sedation: _____
- _____ Alternative(s) to sedation: _____

OR

_____ Parent elects not to proceed: _____ Date: _____ Time: _____
(Parent signature)

Validated/Witness: _____ Date: _____ Time: _____