



Este documento, tiene una finalidad meramente informativa. El día de la realización del tratamiento, se le hará entrega del mismo formulario, pero personalizado con sus datos y los datos del doctor que le intervendrá, y sí tendrá validez como consentimiento al realizar la intervención ahora descrita. El objetivo de esta entrega previa, es que lo pueda leer detenidamente y si le surge cualquier tipo de duda, nos los pueda hacer saber con anterioridad a la intervención.



## TEXTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE ANSIOLÍTICOS EN EL TRATAMIENTO DENTAL

Este es un documento que proporciona al paciente información sobre el uso de ansiolíticos en procedimientos dentales. Se detallan los siguientes puntos a tener en cuenta:

- 1. Ansiolíticos:** Medicamentos que reducen la ansiedad, inducen el sueño, alivian tensiones y espasmos musculares, y disminuyen la capacidad de reacción. Se administran por vía oral y pueden tener efectos secundarios y riesgos variables según cada persona.
- 2. Contraindicaciones:** No se deben usar en mujeres embarazadas o lactantes, personas alérgicas a la medicación, ni en pacientes con ciertas condiciones de salud como obstrucción intestinal o enfermedades respiratorias (EPOC, sinusitis, resfriado o gripe).
- 3. Protocolo de Administración:** La dosis se administra una vez esté el paciente en la clínica, una hora antes de su tratamiento, un comprimido de 7,5mg de midazolam. El paciente no podrá conducir tras la medicación debido a los efectos que causa mencionados en el punto 1. Por lo cual deberá venir acompañado. Esta persona deberá ser mayor de edad y de su confianza. El efecto puede durar de 6 a 16 horas.
- 4. Alternativas:** Se mencionan otras opciones como el óxido nitroso, anestesia local, sedación consciente y la posibilidad de no usar sedantes.
- 5. Riesgos e Inconvenientes:** Pueden incluir somnolencia, alteración del juicio, vértigo, náuseas, alucinaciones, entre otros efectos secundarios. Se debe informar cualquier síntoma inusual.
- 6. Responsabilidades del Paciente:** El paciente debe cumplir con las citas y recomendaciones o instrucciones preoperatorias o postoperatorias y no podrá conducir ni operar maquinaria durante 24 horas después del tratamiento.
- 7. Preguntas del Paciente:** El paciente tiene derecho a preguntar sobre el procedimiento y aclarar dudas antes de dar su consentimiento.
- 8. Circunstancias Imprevistas:** El paciente puede designar a alguien para tomar decisiones en caso de circunstancias imprevistas. Si no lo hace, autoriza a los médicos a tomar decisiones basadas en su juicio profesional.



Clínica Dental  
Can Parellada

93 731 78 20 

608 297 949 

Amèrica 1, 1º | 08228 Terrassa (BCN) 

[www.dentalcanparellada.es](http://www.dentalcanparellada.es) 

[www.excelenciadental.cat](http://www.excelenciadental.cat) 



El paciente firma para autorizar o rechazar el tratamiento, reconociendo que ha recibido toda la información necesaria y ha comprendido los riesgos y alternativas.

**DECLARO** que he sido informado de forma clara por el profesional responsable, de los riesgos del procedimiento, así como de sus posibles complicaciones y alternativas al procedimiento ansiolítico. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular preguntas y han estado aclaradas las dudas sobre el tratamiento ansiolítico. Por consiguiente, acepto los beneficios que dicha técnica me puede reportar.

**AUTORIZO** al [Nombre dr.] - [nº col.] a realizar el procedimiento ansiolítico que me ha sido propuesto.

Firmas:

Consúltenos si tiene cualquier duda:

 93 731 78 20 |  608 297 949

Puede descargarse esta información en:

<http://www.dentalcanparellada.es/pdf/consentimiento/dormicum-cas.pdf>