- Nombre del paciente: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Fecha del procedimiento: _____
- Cuadro #: _____

Instrucciones de anestesia postoperatoria

- El paciente debe permanecer bajo la **supervisión de un adulto** hasta que se recupere completamente de la anestesia.
- **El entumecimiento** (si se utilizó anestesia local) puede durar **entre 2 y 4 horas** .
    - Vigilar de cerca para evitar que se muerda los labios, las mejillas o la lengua.
- **que aparezcan hematomas en el sitio de la vía intravenosa** . Mantenga la gasa puesta durante al menos una hora si es posible.
- **Hoy no hay clases ni trabajo.** Se recomiendan actividades tranquilas y discretas.
    - **No practicar deportes, nadar ni hacer ejercicio durante 24 horas.**
- **Dieta:** Comience con líquidos claros (agua, Sprite, ginger ale).
  No **fuerce** la comida ni la bebida ya que puede empeorar las náuseas.

Manejo del dolor *(Tomar según las instrucciones del envase/envase)*

- **Ibuprofeno:** ☐ ADMINISTRADO ☐ NO ADMINISTRADO → Próxima dosis: _____
- **Acetaminofén (Tylenol):** ☐ ADMINISTRADO ☐ NO ADMINISTRADO → Próxima dosis: _____

Importante: Los medicamentos recetados por su dentista pueden contener **AINE (como ibuprofeno) o acetaminofén (Tylenol)** . Revise atentamente la información de la receta para evitar una sobredosis accidental. Si tiene dudas, consulte a su **farmacéutico o a nuestra clínica** antes de tomar dosis adicionales.

Medicamentos recetados

Puede **reanudar sus medicamentos recetados habituales** a menos que se le indique lo contrario.
Excepciones/Instrucciones especiales:

Efectos secundarios

Anestesia común
☑ Somnolencia/fatiga
☑ Dificultad para caminar
☑ Náuseas (hasta 12 horas)
☑ Hemorragia nasal leve
☑ Amnesia
☑ Cambios emocionales
☑ Fiebre leve (<100.4 °F)
☑ Dolor de garganta

Llame al 911 si el paciente experimenta:
❗ **Hinchazón facial incontrolable**
❗ **Re-sedación o falta de respuesta**
❗ **Sangrado excesivo**
❗ **Fiebre superior a 102 °F**

Para **consultas no urgentes,** comuníquese con el consultorio dental o llame/envíe un mensaje de texto **al 919-480-1411** . El equipo de anestesia le dará seguimiento en un plazo de **24 horas** .

Reconocimiento de escolta/tutor

Soy el **acompañante designado y/o tutor legal del paciente** . Acepto supervisarlo continuamente hasta que se recupere completamente de la anestesia.

Nombre: _____
Firma: _____
Número de teléfono: _____