



## Indicaciones post-operatorias

*Favor de leer y llenar con letra de molde, legible, sin utilizar abreviaturas*

Monterrey, N.L. a	Hora
-------------------	------

**El objetivo de estas indicaciones es que su recuperación sea lo más segura y placentera posible. Lea detenidamente y pregunte si no entiende algún punto;**

### INDICACIONES POSTERIORES AL ALTA DE LA CLINICA:

1. Dieta según tolerancia. Restricciones o limitaciones específicas referentes a su dieta se las dará su dentista.
2. No conduzca ninguna clase de vehículo hasta un día después del procedimiento.
3. No tome ninguna decisión legal hasta un día después de su procedimiento.
4. Se necesita estar bajo la supervisión directa de un adulto durante 24 hrs. posteriores al procedimiento.
5. Se prohíbe participar en cualquier actividad física que requiera coordinación o concentración. Podrá reanudar este tipo de actividades al día siguiente del procedimiento realizado.
6. Si se presentan náuseas o vómitos, suspenda la ingesta de alimentos o líquidos y repórtelo a su dentista.  
(Nota: Las náuseas y vómitos suelen ser pasajeras)
7. En caso de dolor siga las indicaciones de la receta médica para la ingesta de analgésicos. Si el dolor no disminuye con los analgésicos prescritos repórtelo a su dentista.
8. En las primeras 24 horas, una fiebre de bajo grado (menor a 37.5 ° C) es esperada, si se presenta una temperatura mayor favor reportarlo a su dentista.
9. No ingerir sustancias con alcohol por lo menos 24 horas después del procedimiento.
10. Si tiene alguna inquietud o siente que algo negativo está pasando en relación a su recuperación, no dude en ponerse en contacto con nosotros, o acuda a la sala de emergencia más cercana.

El Médico Anestesiólogo ha respondido mis preguntas, ha aclarado mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las indicaciones post-operatorias y entiendo que es mi responsabilidad seguir las indicaciones aquí escritas para mi recuperación adecuada.

Teléfono de mi especialista dental: \_\_\_\_\_

Teléfono de mi Anestesiólogo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente, Familiar  
Autorizado y/o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del  
Acompañante Responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo 2