

Nombre del Paciente:
 Cirujano:
 Fecha del Servicio:
 Historial Médico:
 Fecha de Nacimiento:
 Edad:

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE A LA ANESTESIA

Comprendo que:

- Necesitaré servicios de anestesia para la(s) intervención(es) quirúrgica(s) y que el tipo de anestesia a utilizar dependerá de la intervención y de mi estado físico.
- La anestesia es un servicio médico especializado que maneja pacientes a los que se deja inconscientes o con una respuesta disminuida al dolor y al estrés durante el curso de un procedimiento médico, quirúrgico u obstétrico.
- Durante el transcurso del procedimiento quirúrgico, las condiciones pueden requerir monitoreo o técnicas anestésicas adicionales o diferentes, y solicito que el anestesiólogo proporcione cualquier otro servicio necesario para mi beneficio y bienestar.
- Además del anestesiólogo cuyo nombre aparece en este documento, mis servicios anestésicos pueden ser prestados por otro anestesiólogo.
- Nadie ha hecho ninguna garantía respecto a los servicios de anestesia que estoy aceptando recibir.

Tipo de Anestesia y Definiciones

Sedación Moderada/Consciente

Anestesia local (agentes insensibilizantes) en combinación con otros fármacos que pueden provocar distintos niveles de somnolencia, desde sedación mínima (ansiolisis), sedación/analgesia moderada (también conocida como sedación consciente) hasta sedación/analgesia profunda.

Cuidados Anestésicos Monitoreados (MAC):

Incluye el monitoreo de al menos la presión arterial, la oxigenación, el pulso y el estado mental, y suplementar la analgesia según sea necesario.

Los Riesgos y Complicaciones pueden incluir, pero no se limitan a: reacción alérgica/adversa, aspiración, dolor de espalda, daño cerebral, comas, lesión dental, dolor de cabeza, incapacidad para revertir los efectos de la anestesia, infección, inflamación y/o enrojecimiento localizados, dolores musculares, náuseas, lesión oftálmica (ocular), dolor, parálisis, neumonía, lesión nerviosa posicional, recuerdo de sonidos/ruidos/habla por parte de otras personas, convulsiones, dolor de garganta, lugar equivocado para la inyección de la anestesia y muerte.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mi anestesia y siento que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado. Acepto la administración de la anestesia que se me ha prescrito. Reconozco que la alternativa a la aceptación de la anestesia podría ser la no administración de anestesia para el procedimiento.

_____/_____
 (FIRMA DEL PACIENTE) (FECHA)(HORA) (FIRMA DEL TESTIGO) (FECHA)(HORA)

_____/_____
 (NOMBRE DEL PACIENTE - IMPRENTA) (FECHA)(HORA) (FIRMA DEL PROVEEDOR DE ANESTESIA) (FECHA)(HORA)