

Nombre del paciente:
DOB (Fecha de nacimiento):
DOS (Fecha del servicio):
Entidad:

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE ESTE FORMULARIO

Yo: _____ tengo programado el siguiente Procedimiento:

_____ a cargo de _____

Por medio del presente, entiendo que elijo aceptar los servicios de anestesia para que mi médico pueda llevar a cabo el procedimiento o la cirugía antes mencionado.

Entiendo que todos los tipos de anestesia implican ciertos riesgos. No podemos garantizar que no surgirán problemas o complicaciones durante o luego de que usted reciba anestesia o sea sometido al procedimiento.

Los riesgos comunes incluyen la pérdida, el astillamiento o el alojamiento de los dientes, otras lesiones en la boca, la garganta o la voz, dificultad para respirar durante o luego de la intervención, cambios en la presión sanguínea que requieren de tratamiento, u otras reacciones a las drogas anestésicas utilizadas para sedarlo. También es posible que permanezca despierto o que recuerde parte del procedimiento.

Asimismo, existe la posibilidad de que ocurran riesgos excepcionales, complicaciones inesperadas y ocasionalmente graves, lesiones permanentes y la muerte. Usted podría sufrir lesiones en los vasos sanguíneos, sangrado, coágulos de sangre, pérdida de sensibilidad, parálisis, embolia u otros daños cerebrales, ataque al corazón u otras lesiones en los órganos, infecciones o la muerte. Problemas o complicaciones pueden requerir ingreso en un hospital.

- o **Anestesia General:** se administra por inyección de drogas a través de una aguja intravenosa, respirarlo en los pulmones o por otra ruta. Se espera que esto me hace completamente inconsciente. Por lo general se necesita un tubo de respiración en la boca y / o la tráquea para mantenerme a salvo. Puede que tenga alguna de las complicaciones mencionadas anteriormente, muchos de los cuales necesitan un tratamiento especial. También es posible que no puede ser completamente dormido durante todo el procedimiento
- o **Cuidado de Anestesia Monitoreado (MAC) con sedación:** se administra inyectando una droga por vía intravenosa o por otras vías. Entiendo que debería quedar semiconsciente y sentir menos ansiedad y dolor que si estuviese totalmente despierto. Puede que esté despierto o completamente dormido durante parte o todo el procedimiento. Podría sentir algo de dolor o incomodidad durante el procedimiento. Los problemas más comunes incluyen dificultad para respirar, reacciones inesperadas a las drogas sedativas y todos los demás riesgos mencionados más arriba. Es posible que deban cambiarme esta anestesia por un Anestésico General o que deban despertarme por mi propia seguridad.
- o **Anestesia Espinal o Epidural:** se administra inyectando una droga a través de una aguja/catéter que se coloca muy cerca de los nervios raquídeos en la zona lumbar. Se espera que sufra una pérdida parcial o total de sensibilidad y pierda el control de los músculos de la parte inferior del cuerpo. Los riesgos típicos incluyen dolores de espalda o dolores de cabeza que pueden requerir de tratamiento en los días posteriores. Otros riesgos incluyen infecciones, lesiones en los nervios, daños permanentes a los nervios, reacciones que den como resultado ataques/convulsiones o pérdida de la conciencia, un bloqueo que no funcione y los riesgos antes mencionados.
- o **Bloqueo de los nervios:** se administra inyectando la droga cerca de los nervios para causar pérdida de sensibilidad en zonas específicas del cuerpo, como por ejemplo el brazo. Los riesgos poco frecuentes incluyen debilidad prolongada, pérdida de sensibilidad o dolor prolongado, infecciones, dificultad para respirar, reacciones que dan como resultado ataques/convulsiones o pérdida de la conciencia, y un bloqueo que no funcione. Raramente ocurren los riesgos antes mencionados.

Yo doy mi consentimiento para el/los plan(es) de anestesia seleccionado(s) más arriba, y entiendo que va a ser administrado por un médico anestesiólogo o una enfermera diplomada certificada como anestésista (CRNA). Reconozco que (i) He dado mi historial médico completo, incluyendo alergias, uso de drogas y alcohol y cualquier otra información que pueda ser importante para la gestión de mi cuidado. (ii) he leído completamente este formulario o había leído a mí. (iii) Entiendo los riesgos y los resultados esperados de los servicios de anestesia y (iv) Entiendo que cualquier tipo de anestesia se puede convertir en una alternativa tales como la anestesia general, si es necesario.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y esas preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Firma del paciente/Representante autorizado _____

Fecha/Hora _____

Firma del médico _____