

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Yo, _____, reconozco que mi médico me ha explicado que tendré una operación, diagnóstico ó procedimiento. Mi Médico me ha explicado los riesgos del procedimiento, me ha explicado los tratamientos alternativos y me ha informado sobre los resultados que se esperan, así como lo que pudiera suceder si mi condición continua sin tratamiento alguno. Yo entiendo también que se necesitan servicios de anestesia para que mi médico pueda efectuar la cirugía ó el procedimiento.

Se me ha explicado que todos los tipos de anestesia involucran ciertos riesgos y que no se pueden otorgar garantías ó promesas relacionadas a los resultados de mi procedimiento ó tratamiento. Aunque raramente, pueden suceder complicaciones severas con la anestesia y existe la remota posibilidad de infección, sangrado, reacción a las drogas, disfunción cognitiva, coágulo de sangre, ceguera, pérdida de visión, pérdida de sensación, pérdida de función en las extremidades, parálisis, embolia, daño cerebral, ataque al corazón ó muerte. Yo entiendo que todos estos riesgos se aplican a todos los tipos de anestesia y que riesgos específicos ó adicionales han sido identificados a continuación, al poder ellos ser aplicables a ciertos tipos de anestesia. Yo entiendo que el tipo de servicio de anestesia indicado a continuación será utilizado en mi operación y que la técnica anestésica será determinada basada en varios factores, incluyendo mi condición física, el tipo de procedimiento que mi médico efectuará, su preferencia, así como mi propia elección. Se me ha explicado que a veces una técnica anestésica que involucra el uso de anestésicos locales, con ó sin sedación, puede no ser completamente exitosa y por lo tanto otra técnica tendrá que ser usada, incluyendo la anestesia general.

☐ Anestesia General	Resultados Esperados	Estado total inconsciente, posible colocación de un tubo dentro de la tráquea.
	Técnica	Droga inyectada dentro del flujo sanguíneo, inhalada a los pulmones, ó por otras vías.
	Riesgos	Dolor en la boca ó garganta, ronquera, daño en la boca, aerovía oral, esófago ó dientes, conciencia durante la anestesia, daño a los vasos sanguíneos, paro respiratorio, paro cardíaco, vomitar, aspiración, neumonía, abrasión de la cornea.
☐ Anestesia/Analgesia Espinal ó Epidural ☐ Con sedation ☐ Sin sedación	Resultados Esperados	Disminución temporaria ó pérdida de sensación y/ó movimiento de la parte inferior del cuerpo.
	Técnica	Droga inyectada a través de una aguja/catéter ubicado ya sea directamente en el canal espinal ó inmediatamente afuera del canal espinal.
	Riesgos	Dolor de cabeza, dolor de espalda, zumbido en los oídos, convulsiones, infección, debilidad persistente, adormecimiento, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos, "total espinal".
☐ Bloqueo Nervioso Mayor/Menor ☐ Con sedation ☐ Sin sedación	Resultados Esperados	Pérdida temporal de sensación y/ó movimiento de una extremidad específica ó área.
	Técnica	Droga inyectada cerca de los nervios que causa pérdida de sensación en el área de la operación.
	Riesgos	Infección, convulsiones, debilidad, persistente adormecimiento, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos.
☐ Anestesia Regional Intravenosa ☐ Con sedation ☐ Sin sedación	Resultados Esperados	Pérdida temporal de sensación y/ó movimiento de una extremidad.
	Técnica	Droga inyectada en las venas del brazo ó pierna mientras se usa un torniquete.
	Riesgos	Infección, convulsiones, adormecimiento persistente, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos.
☐ Cuidado de Anestesia Monitoreado (con sedación)	Resultados Esperados	Dolor y ansiedad reducida, amnesia parcial ó total.
	Técnica	Droga inyectada dentro del flujo sanguíneo, inhalada a los pulmones, ó por otras vías produciendo un estado semiconsciente.
	Riesgos	Un estado inconsciente, falta de aire, daño a los vasos sanguíneos.
☐ Cuidado de Anestesia Monitoreado (sin sedación)	Resultados Esperados	Medición de signos vitales, disponibilidad de un proveedor de anestesia para inmediata intervención.
	Técnica	Ninguna.
	Riesgos	Aumento del estado de conciencia, ansiedad y/ó incomodidad.

Yo doy mi consentimiento para el servicio de anestesia seleccionado en este formulario y autorizo para que sea administrado por _____ ó su asociado, quienes tienen credenciales para proveer servicios de anestesia en esta entidad de salud. Yo también doy mi consentimiento para el uso de un tipo alternativo de anestesia, si fuera necesario, determinado por ellos.

Yo certifico y admito que he leído este formulario ó que ha sido leído para mí, que entiendo los riesgos, alternativas y resultados esperados de los servicios de anestesia y que he tenido suficiente tiempo para efectuar preguntas y considerar mi decisión.

Firma del Paciente (Patient Signature)

Fecha y Hora (Date/Time)

Firma del Anestesia (Anesthesia Signature)

Firma del Representante (Patient Representative Signature)

Relación con el Paciente