

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Yo tengo un entendimiento general del procedimiento que realizará mi doctor. Entiendo que se solicitan o necesitan servicios de anestesia para el mismo. Doy mi consentimiento para la administración de anestesia según sea necesario para el procedimiento. Autorizo al proveedor de anestesia, Raleigh Sedation Associates, LLC a proporcionarme un tratamiento de anestesia como parte de mi próxima cirugía o procedimiento. Entiendo y acepto que todas las formas de anestesia involucran algunos riesgos y efectos secundarios, y que el proveedor de anestesia no puede ofrecer garantías ni promesas respecto de los resultados o consecuencias del plan de tratamiento de anestesia. Acepto que podrá persistir durante varias horas tras la administración de la anestesia cierta disminución de la agudeza mental absoluta, y evitaré tomar decisiones o emprender actividades que dependan de la plena concentración o juicio durante este período.

Me han explicado que todas las formas de anestesia presentan algunos riesgos y efectos colaterales. Aunque poco frecuentes, pueden ocurrir complicaciones severas inesperadas. Entre las posibles complicaciones de la anestesia se incluyen, de manera hinchazón, sangrado o malestar en el lugar de la inyección; flebitis u otros daños a los vasos sanguíneos; daño en el nervio, descriptiva pero no limitativa: infección, hemorragia, interacciones medicamentosas, reacciones alérgicas, daño dental, apoplejía, daño cerebral, ataque cardíaco, infarto o muerte. Las complicaciones pueden requerir hospitalización. Entiendo que estos riesgos aplican a todas las formas de anestesia; los riesgos específicos o adicionales se identifican a continuación, según correspondan a cada tipo de anestesia.

Entiendo que la siguiente sección detalla los tipos de anestesia que se usarán para mi procedimiento. Entiendo que la técnica de anestesia que se usará está determinada por diversos factores, entre los que se incluyen mi condición física, el procedimiento realizado, la preferencia del médico, el plan de tratamiento del proveedor de anestesia o mis propios deseos. También acepto un tipo alternativo de anestesia, de ser necesario, según el proveedor de anestesia y el médico lo consideren apropiado.

Anestesia General: estado de inconciencia controlado, inducido por medicamentos, acompañado por pérdida parcial o completa de los reflejos de protección, incluida la incapacidad para mantener en forma independiente una vía respiratoria y/o responder deliberadamente a estimulación física u órdenes verbales. Puede ser necesaria la colocación de un tubo para respirar en la tráquea u otro dispositivo para respirar. Entre los riesgos se incluyen, de manera descriptiva pero no limitativa, dolor en boca o garganta, ronquera, lesiones en boca o dientes, conciencia de los acontecimientos intraoperatorios, daño a los vasos sanguíneos, aspiración y neumonía.

Sedación Profunda: estado de depresión de la conciencia, controlado, inducido por medicamentos, del cual el paciente no despierta fácilmente, que puede estar acompañado por pérdida parcial de los reflejos de protección, incluida la capacidad de mantener en forma independiente una vía respiratoria abierta y/o responder deliberadamente a estimulación física u órdenes verbales. Entre los riesgos se incluyen, de manera descriptiva pero no limitativa, infección, dolor en boca o garganta, ronquera, lesiones en boca o dientes, aspiración, mareo, náuseas o vómitos.

Cuidados Anestésicos Monitorizados (MAC, por sus siglas en Inglés): los proveedores de anestesia se encuentran presentes y preparados para proporcionar los cuidados indicados de acuerdo con mi respuesta al procedimiento. Los medicamentos utilizados pueden ser sedantes, narcóticos y/o anestesia y el grado de sedación o anestesia no puede ser especificado con anterioridad.

Entiendo los posibles riesgos y complicaciones del tratamiento de anestesia planificado, según me fueron explicados. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y entiendo lo que me explicaron. Por el presente doy mi consentimiento para la(s) anestesia(s) anterior(es) y autorizo a los proveedores de anestesia acreditados de esta institución a aplicar el plan de anestesia descripto. También entiendo y certifico por mi propia seguridad, que cuento con un adulto responsable que me traslade a mi domicilio tras el procedimiento.

Firma del paciente/Tutor Autorizado

Relacion

Fecha/Hora

Testigo de la firma anterior/Witness to above Signature

Fecha/Hora

Declaración del Proveedor de anestesia: Certifico que le he explicado al paciente/adulto responsable los riesgos y los beneficios de la anestesia, además de las alternativas a esta; y que le he permitido al paciente/adulto responsable hacer preguntas.

Firma del Anestesiólogo/Anesthesia provider

Date/time

<Patient Name>

<MRN>

<DOB>