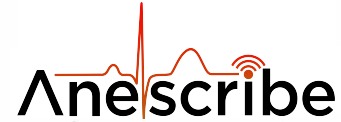


Consentimiento para Servicios de Anestesia



Yo, _____, reconozco que mi cirujano me ha explicado a mi que tendre una operacion, diagnostic° o el procedimiento del tratamiento. Mi cirujano me ha explicado todos los riesgos del procedimiento, me ha aconsejado de tratamientos alternativos y tambien me ha dicho acerca del resultado esperado y lo que podria suceder si mi condicion se queda sin tratamiento. Entiendo tambien que los servicios de anestesia se necesitan para que mi medico pueda realizar la operacion o el procedimiento.

Ha sido explicado a mi por _____ MD (Anestesiologo) que **todas** formas de anestesia implican algunos **riesgos** y ni garantia ni promesa se pueden hacer con respecto a los resultados de la administracion de la anestesia. Aunque es raro, las *complicaciones inesperadas y severas* con anestesia puedan ocurrir y puedan incluir la posibilidad remota de *la infeccion, la hemorragia, las reacciones de la droga, coagulos de sangre, la perdida de la sensacion, la perdida de la funcion del miembro, la paralisis, el derrame cerebral, la lesion cerebral, el infarto o la muerte*. Entiendo que estos riesgos aplican a todas formas de anestesia y que los riesgos adicionales o especificos se han sido identificados abajo como pueden aplicar a un tipo especifico de anestesia. Entiendo que el tipo (tipos) del servicio de anestesia verificado abajo sera utilizado para mi procedimiento y que la tecnica anestesica para ser utilizada es determinada por muchos factores inclusiv a mi condicion fisica, el tipo del procedimiento que mi medico debiera hacer, su preferencia, asi como mi propio deseo. Ha sido explicado a mi que a veces una tecnica de anestesia que implica el use de anestesicos locales, con o sin sedacion, no puede triunfar completamente y por lo tanto otra tecnica quizas se tenga que utilizar inclusiv a anestesia general.

Comprendo que la anestesia conlleva riesgos y que yo sepa, no estoy embarazada. Si hubiere la posibilidad de que lo este, convengo a que, antes de mi procedimiento, se realice un analisis de orina/sanguineo para determinar con certeza si estoy o no embarazada. **Iniciales:** _____

| | | |
|---|--------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Anestesia General | Resultado Esperado | Estado inconsciente total, la colocacion posible de un tubo en la traglea. |
| | Tecnica | La droga inyectado en la sangre, respirado en los pulmones, y por otras rutas. |
| | Riesgos | El dolor de la boca o garganta, la ronquera, la herida a la boca o dientes, el conocimiento debajo de la anestesia, la herida a vasos sanguineos, la aspiracion, la pulmonia. |
| <input type="checkbox"/> Analgesia Espinal o Epidural/Anestesia <input type="checkbox"/> Con sedación <input type="checkbox"/> Sin sedacion | Resultado Esperado | La perdida del sentimiento o reducciOn temporaria y/o movimiento a la parte mas baja del cuerpo. |
| | Tecnica | TecnicaLa droga inyectado por un aguja/cateter colocado directamente en el canal espinal o inmediatamente fuera del canal espinal. |
| | Riesgos | RiesgosEl dolor de cabeza, dolor de espalda, zumbando en las orejas, las convulsiones, la infeccion, la debilidad persistente, el entumecimiento, el dolor residual, la herida a los vasos sanguineos, "espinal total" y daflos a la columna vertebra. |
| <input type="checkbox"/> Bloqueo del Nervio Periferico <input type="checkbox"/> Con sedacion <input type="checkbox"/> Sin sedacion | Resultado Esperado | La perdida temporaria del sentimiento y/o el movimiento de un miembro especifico o area. |
| | Tecnica | La droga inyectado cerca de los nervios que proporcionan la perdida de la sensacion al area de la operacion. |
| | Riesgos | La infeccion, las convulsiones, la debilidadae, el entumecimiento persistente, el dolor residual, la herida a los vasos sanguineos. |
| <input type="checkbox"/> Aestesia Regional Intravenosa <input type="checkbox"/> Con sedacion <input type="checkbox"/> Sin sedacion | Resultado Esperado | La perdida temporaria del sentimiento y/o el movimiento de un miembro. |
| | Tecnica | La droga inyectado en venas de brazo o pierna al utilizar un tomiquete. |
| | Riesgos | La infeccion, las convulsiones, el entumecimiento persistente, el dolor residual, la herida a vasos sanguineos. |
| <input type="checkbox"/> El Cuidado Controlado de Anestesia (con sedacion) | Resultado Esperado | La reduccion de la ansiedad y el dolor, la amnesia parcial o total. |
| | Tecnica | La droga inyectado en la sangre, respirado en los pulmones, o por otras rutas que producio un estado semiconsciente. |
| | Riesgos | Un estado inconsciente, respiracion debil, la herida a vasos sanguineos. |
| <input type="checkbox"/> El Cuidado Controlado de Anestesia (sin sedacion) | Resultado Esperado | La medida de signos esenciales, la disponibilidad de proveedor de anestesia para la intervencion adicional. |
| | Tecnica | Ninguno. |
| | Riesgos | El conocimiento aumentado, la ansiedad y/o la molestia. |

Yo por la presente consiento al servicio de la anestesia verificado arriba y autorizo que sea administrado por _____ o sus socios, todos los cuales tienen credenciales para proveer los servicios de anestesia en esta facilidad de la salud. Consiento tambien a un tipo alternativo de anestesia, si necesario, como creido apropiado por ellos. Expreso el deseo que las consideraciones siguientes sean observadas (o escribe "ninguno"):

Yo certifico y reconozco que he leído esta forma o lo tuvo leyo a mi, que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del servicio de anestesia y que tuve tiempo amplio para hacer preguntas y para considerar mi decisión.

Patient Identification

Firma del Paciente

Fecha y Hora

Firma Legalmente Autorizada

Relacion al Paciente

Testigo

Fecha y Hora

Firma del Proveedor de la Anestesia

Fecha y Hora