

PETICIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

NO FIRME ESTA FORMA HASTA QUE ENTIENDA COMPLETAMENTE SU CONTENIDO

FECHA (DATE): _____ HORA (TIME): _____

He sido planificado para el siguiente el procedimiento quirúrgico o diagnóstico para cuál los servicios de anestesia están disponible: _____

Yo entiendo que tengo una cita programada para un procedimiento quirúrgico diagnóstico para el cual el servicio de anestesia esta disponible. Yo tengo entiendo que mi doctor o cirujano me van a explicar el diagnóstico requerido por este procedimiento, su naturaleza, propósito y los riesgos que envuelvan y/o el éxito de dicho procedimiento; al igual que mi pronóstico en caso de que el procedimiento fuese rechazado. Departamento de Anestesia me esta proveyendo cierta información relacionada únicamente con los servicios de anestesia. He escuchado la explicación del doctor relacionada con los tipos de anestesia que pudiera recibir y tengo la opción de escoger entre los siguientes métodos:

ANESTESIA VIGILADA CON MONITOR BLOQUEO DE NERVIOS EPIDURAL EPIDURAL DORSAL Y/O ANESTESIA GENERAL

Entiendo además que a pesar del tipo de anestesia que seleccione, pueden haber un sin número de riesgos y complicaciones comunes. Los siguientes son solo algunos de ellos: irritación y resequedad de la garganta, nauseas, vómitos, dolor o tensión muscular, y hasta daños en los ojos. También entiendo que el instrumental usado para mantener los ductos abiertos, insertada por la boca puede causar daños a la dentadura, incluyendo fracturas, pérdida de dientes, puentes, cajas, coronas, empates, o hasta llegar a cortar las encías y/o los labios. Además entiendo también los riesgos de mayor impacto a igual que las consecuencias que pueden ocasionar la anestesia; incluyendo y sin limitar los siguientes: INFECCIÓN, REACCIÓN ALÉRGICA, PERDIDA SEVERA DE SANGRE, PERDIDA O PERDIDA DE LA FUNCIÓN DE ALGUNA EXTREMIDAD U ÓRGANO, TAL COMO, PERO NO LIMITADO A, EL CORAZÓN, LOS RIÑONES, LOS PULMONES, EL HÍGADO, LOS OJOS Y EL CEREBRO; PARÁLISIS, PARAPLEJÍA O CUADRIPLEJIA, LA HEREDIA A O ABORTO DE UN NIÑO NO NACIDO AUN, CICATRIZ DESFIGURANTE, DAÑO CEREBRAL, PARO CARDIACO O MUERTE. Aparte de todos éstos riesgos, los servicios de anestesia pueden envolver riesgos y complicaciones con las transfusiones de sangre (incluyendo sin limitar a la exposición al HIV, hepatitis, y otras enfermedades contagiosas). Entiendo que durante el procedimiento/cirujia, un tratamiento invasivo pueda ser necesario como uso de un monitor para vigilario. Yo autorizo el uso del mismo si fuese necesario.

Yo acepto y entiendo que durante el curso del procedimiento y la anestesia a parte de las condiciones ya descritas anteriormente pueden surgir complicaciones que hicieran realmente necesario una extensión de los servicios de la anestesia para relizar algun procedimiento no anteriormente previsto. Por esta razón doy mi consentimiento y autorizo al doctor al igual que al personal de Departamento de Anestesia a tomar la mejor decisión relacionada al procedimiento y anestesia segun sus conocimientos.

Entiendo que la anestesia sera suministrada bajo la supervisión de un anestesiólogo, teniendo presente que Northlake Surgical Center es una institución educativa. Entiendo también que a parte del anestesta, susasistentes, personal designado, enfermas registradas/certificadas, enfermeras anestestistas, residentes, y esntidiantes pudieran estar involucrados en el cuidado y suministro de mi anestesia.

He tenido el suficiente tiempo para hacer preguntas, y de que mis preguntas fuesen debidamente con testadas de una manera satisfactoria. Al firmar este documento, reconozco que me he leído o me han leído y explicado el contenido de este documento y entiendo y autorizo voluntariamente que miembros del Departamento de Anestesia y todo personal médico bajo la suervisión directa y control de dichos doctores o cualquier otro miembro que pueda estar involucrado en el procedimiento o anestesia anteriormente explicados. Estoy en pleno conocimiento que la práctica de la medicina no es ciencia exacta y reconozco que no hay garantías en el resitado de la anestesia.

DOCTOR: Yo he explicado los riesgos, beneficios y alternativas al paciente/representante del paciente./PHYSICIAN: I have explained the risks, benefits and alternatives to the patient/patient's representative.

Firma del Doctor/Signature of Physician

Firma del Paciente/Signature of Patient

Testigo (por favor impresión)/Witness (please print)

Firma del representante autorizado por el paciente
Signature of Authorized Patient Representative

Relacion con el paciente/Relationship to Patient

Razón por la cual el paciente no puede/no firmó/Reason why the patient cannot or did not sign: _____

Materiales adicionales usados, si hubo alguno, durante el proceso de información para este procedimiento incluye: _____
Additional materials used, if any, during the informed consent process for this procedure included: _____