



Patient Name:
Date of Birth:
Surgeon:
Medical Record:
Date of Service

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA ANESTESIA / SEDANTE

Yo entiendo que:

(iniciar cada uno)

____ (iniciar) Yo necesitare servicio de anestesia para el procedimiento(s) quirurgico(s) el dia _____ (fecha), Y el tipo de anestesia que se usara dependera del tipo de procediemiento y mi condicion fisica.

____ (iniciar) La anestesia es especialmente para servicios medicos, que hace que el paciente este inconsciente o con disminima respuesta al dolor o estres durante el curso de la cirugia, procedimiento, obstetrico medico.

____ (iniciar) Durante el curso del procedimiento quirurgico, depende de las condiciones se puede requerir anestesia monitoreada con tecnicas adicionales o diferentes, y yo pido que el anestesioologo me proporcione cual quier servicio necesario que se a por mi propio bienestar.

____ (iniciar) En adiccion para el anestesioologo cual el nombre aparece en este documento, mis servicios anesteticos pueden ser proporcionados por otro anestesioologo.

____ (iniciar) No hay garantias hechas por nadie acerca de servicios anesteticos por lo cual estoy de acuerdo a recibir.

Tipo de anestesia y sus definiciones

Anestesia Regional

1. Anestesia epidural: un pequeno cateter sera insertado en la area epidural (espinal) asi los agentes anesteticos recibidos puedan prolongar la duracion de la anestesia, o los medicamentos recibidos en una inyeccion en la area epidural.
2. Anestesia espinal: Los agentes anesteticos seran inyectados en areas especificas para inhibir la transmision nerviosa.
3. Anestesia caudal: Los medicamentos anesteticos seran recibidos en la area del coxis.

Procedimientos de sedacion moderada y / o **Cuidados de anestesia con supervision (MAC)**

Incluyen supervision de la presion sanguinea, oxigenacion, pulso y estado mental, y complementar la analgesia si es nesarario.

Riesgos y complicaciones pueden ser incluidos pero no son limitados : alergias/reacciones adversas, aspiracion, dolor de espalda, daño al cerebro, coma, lesion dental, dolor de cabeza, incapacidad de retroceder los efectos de la anestesia, infeccion, hinchazon localizada o enrojecimiento, dolor de musculos, nausea, lesiones oftalmica (de los ojos), dolor, paralisis, neumonia, lesion nerviosa posicional, retirado(a) del sonido/ruido/ habla de los demas, colvulsiones, dolor de garganta, lado incorrecto de la inyeccion o anestesia, y la muerte. Se me a dado la oportunidad de hacer preguntas acerca de la anestesia y siento que e recibido informacion suficiente para dar mi consentimiento. Estoy de acuerdo con la administracion de la anestesia recetada para mi. Yo reconozco que al aceptar la alternativa de la anestesia, podria que no se administre la anestesia para el procedimiento.

(PATIENT'S SIGNATURE)

_____/_____
(DATE) (TIME)

(WITNESS SIGNATURE)

_____/_____
(DATE) (TIME)

(ANESTHESIA PROVIDER'S SIGNATURE)

_____/_____
(DATE) (TIME)