

FIRME SÓLO DESPUÉS DE HABER LEÍDO CUIDADOSAMENTE TODO EL DOCUMENTO Y DE HABER DISCUTIDO SU PLAN DE ANESTESIA CON EL/LA ANESTESIÓLOGO(A)*

Nombre del Paciente: _____

Nombre de la Persona que firma este Documento y el Parentesco con el paciente: _____

Anestesiólogo(a): _____, o la persona que haya sido designada.

Plan de Anestesia: _____

1. El anestesiólogo me ha dado una descripción general del tipo de anestesia que va a usar y me ha explicado, de una manera que yo entienda, que pueden existir otros tipos de anestesia, y que existen riesgos asociados con la anestesia. El anestesiólogo me ha preguntado si necesito una explicación más detallada, y si la solicité, el anestesiólogo me ha explicado en más detalle sobre el tipo de anestesia, las alternativas disponibles y los riesgos.
2. Entiendo que la anestesia moderna es generalmente sin riesgos y la mayoría de los pacientes no tienen muchos problemas con ella. Sin embargo, pueden ocurrir complicaciones o síntomas inesperados. Entiendo que la anestesia o sedación puede causar efectos secundarios, incluyendo que pueda sentir sueño, me sienta mareado/a u olvidadizo. Entiendo que yo no debo conducir un automóvil, operar equipo pesado ni herramientas eléctricas, beber bebidas alcohólicas o tomar decisiones importantes durante 24 horas después que se le haya administrado la anestesia o la sedación.
3. Los problemas comunes con la anestesia general pueden incluir dolor de garganta, náuseas, vómitos, dolor muscular y lesiones en los dientes o los ojos. Aunque raros, los riesgos más graves incluyen el estar consciente durante la cirugía, cambios severos en la presión arterial, reacción a la droga, paro cardíaco, daño cerebral, ceguera, daño al sistema de órganos o daño a los nervios, parálisis y muerte. Problemas comunes producidos por la anestesia regional incluyen dolor o hematoma en el sitio de la inyección, cambios en la frecuencia cardíaca o la presión arterial, dolor de cabeza por punción lumbar y anestesia inadecuada dando como resultado la necesidad de anestesia general. Aunque raros, los riesgos más comunes asociados con la anestesia regional incluyen hemorragia o hematoma en el sitio de la inyección, daño a los nervios, parálisis y muerte. **Pueden ocurrir otras complicaciones anestesia.**
4. Entiendo que mientras estoy bajo la anestesia, mi estado u otras circunstancias pueden requerir un cambio en el plan original de la anestesia o un tipo de anestesia diferente a las que aparecen en este documento. Autorizo al Anestesiólogo para que realice cualquier procedimiento adicional o más complicado que, a juicio del anestesiólogo, es necesario para mi propio beneficio. Entiendo que el Anestesiólogo seguirá las políticas de St. Charles y confiar en aquellas personas a quienes yo he señalado o que la ley designe para tomar decisiones en mi nombre.
5. Entiendo que las órdenes de las Instrucciones Anticipadas y de No Resucitar (DNR, por sus siglas en inglés), no estarán en vigor durante mi procedimiento médico e inmediatamente después de mi procedimiento, o al colocar mis iniciales aquí, _____ (inicial) **yo señalo que he hablado con el Anestesiólogo acerca de mantener vigentes mis órdenes de las Instrucciones Anticipadas o DNR. Mis deseos sobre mi atención médica son correctos en mis Instrucciones Anticipadas o DNR, las cuales he entregado al Anestesiólogo(a).**

TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE. NINGUNO DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS GARANTIZÓ NADA CON RESPECTO A CUALQUIER RESULTADO O CURA. HE INFORMADO AL ANESTESIOLOGO SOBRE MIS PROBLEMAS MÉDICOS IMPORTANTES, INCLUYENDO LA POSIBILIDAD DE EMBARAZO. HE LEÍDO TODO ESTE DOCUMENTO Y ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON SU CONTENIDO. **DOY MI PERMISO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA MENCIONADA ANTERIORMENTE.**

Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente (Obligatorio)	Parentesco	Fecha	Hora
Testigo de la Firma del Paciente o Representante Autorizado del Paciente (Obligatorio)	<input type="checkbox"/> Marque si consintió por teléfono	Fecha	Hora
Firma del Anestesiólogo que obtuvo el consentimiento informado del Paciente o el Representante del paciente (Obligatorio)	<input type="checkbox"/> Marque si consintió por teléfono	Fecha	Hora
*Renuncia de Consentimiento de Emergencia. Se intentado contactar, sin éxito, a un sustituto autorizado del paciente. En mi opinión profesional, es necesario un tratamiento inmediato para preservar la vida o evitar daños graves a la salud.		Fecha	Hora

Signature of Anesthesia Provider:

