



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-020 V1

1. Yo, _____ identificado como aparece al pie de mi firma, por la presente autorizo a los anestesiólogos de Cecimin S.A.S. a realizar en mi o en el/la paciente e intervención quirúrgica o _____ procedimiento _____ diagnóstico:

2. El anestesiólogo, _____ me ha explicado la naturaleza y el propósito del acto anestésico. También me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgo que pueden producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos y técnicas anestésicas. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el equipo de trabajo del Departamento de Anestesiología a cargo del procedimiento anestésico lo considera necesario.

4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como: dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación en el sitio de la venopunción, dolor de garganta, disfonía (ronquera), excoriaciones o lesiones de la piel, en los dientes, en las mucosas, retención urinaria, reacciones alérgicas, y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía o el procedimiento diagnóstico, además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías (enfermedades) previas. La muerte es una complicación muy rara, pero posible, más relacionada con estados clínicos (patologías o enfermedades) de alto riesgo, que con la anestesia. Las más comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del/la paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

5. Comprendo y acepto que el equipo de salud de _____, tendrá acceso a mi historia clínica como medio de consulta o revisión de casos, durante las labores formativas que se desarrollen en virtud de los convenios docente-asistenciales celebrados entre instituciones de educación superior y _____, bajo el entendido que dicho acceso será coordinado exclusivamente por el personal médico que tenga el reconocimiento como docente del respectivo programa académico, con total respeto y observancia de las disposiciones legales que regulan el manejo de esta información confidencial. 6. Certifico que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento: _____

PACIENTE /PERSONA RESPONSABLE/ TESTIGO

Firma paciente: _____

Nombre Paciente: _____

Documento de identidad: Tipo _____ No _____

Firma persona responsable o testigo: _____

Nombre persona responsable o testigo: _____

Documento de identidad: Tipo _____ No _____

Certifico que he explicado todos los posibles riesgos de anestesia y que el/la paciente/tutor manifiesta(n) comprender completamente.

Fecha de diligenciamiento: _____

MÉDICO ANESTESIÓLOGO:

Firma: _____

Nombre: _____