**COSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA**

Apellidos y Nombres del paciente DE ARELLANO DURAN, BLANCA

DNI Edad **7** Sexo **F** Nº Historia Clínica **8287**

Por medio del presente yo ........................................................ de .......... años de edad, identificado con DNI .............................................. (otros con Nº ......................................... )

Como familiar ................................................ o representante legal .................................................. en pleno uso de mis facultades mentales y de libre voluntad declaro:

Que el/la médico VERBEKE, FRANK con CMP Nº 07058en la entrevista realizada el día 24/02/2020 a las 18:02 horas.

Me ha informado que presenta el diagnóstico de: ........................................................................................ y es necesario realizar el procedimiento de ANESTESIA ................................................ que consiste en: ........................................................................................................................................................................ Que la anestesia es un procedimiento imprescindible para realizar una operación o determinadas pruebas de diagnóstico sin dolor.

Que todo acto anestésico puede llevar consigo una serie de riesgos y complicaciones que pueden requerir tratamientos asociados, médicos o quirúrgicos que aumenten su estancia hospitalaria por lo que se tomarán las medidas y precauciones para reducirlas. Los posibles riesgos y complicaciones son:

........................................................................................................................................................................

Dichas complicaciones se derivan directamente de la propia técnica anestésica, del tipo de cirugía, del estado de salud previo del paciente, de los tratamientos que está tomando o de la suspensión de estos tratamientos, de las posibles alteraciones anatómicas o de la utilización de equipos médicos.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca del acto anestesiológico y de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos del uso de los anestésicos.

Por lo cual OTORGO MI CONSENTIMIENTO para el uso de los anestésicos necesarios en el procedimiento médico-quirúrgico.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, así mismo se me ha informado que puedo revocar el consentimiento de la anestesia.

La Victoria, a las 18:02 horas del 24/02/2020

Firma del familiar o representante legal Firma y sello médico

DNI: ....................................................... C.M.P

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**CLAUSULA DE REVOCATORIA**

Yo, ................................................................................................. , cuya firma, huella digital y datos de identidad figuran en el presente Consentimiento Informado de Anestesia, en pleno uso de mis facultades mentales dejo sin efecto el consentimiento otorgado para la realización de la Anestesia, asumiendo los riesgos que de ella se deriven.

Firma del familiar o representante legal Firma y sello médico

DNI: ......................................................... C.M.P.

La Victoria, a las 18:02 horas del 24/02/2020