

## CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA Y/O SEDACION

**Nombre Completo: JUAN GONZALEZ**

**Fecha Nacimiento: 01/09/1971**

**Autoriza a:-----**

**Médico(s) Especialista(s) en Anestesia**

**Para: (TÉCNICA DE ANESTESIA)-----**

1. El médico me ha explicado los riesgos de este procedimiento, me ha aconsejado en cuanto a otros tratamientos alternos y me ha informado acerca de los posibles resultados y de las consecuencias si mi condición no es tratada. También entiendo que el servicio de anestesia es necesario para que el médico pueda realizar dicha operación o procedimiento.
2. Se me ha explicado que todo tipo de anestesia conlleva algunos riesgos y no hay garantías en cuanto al resultado de mi tratamiento o procedimiento. Aunque raras, pueden haber graves e inesperadas complicaciones y éstas incluyen la remota posibilidad de : infección, sangramiento, reacciones secundarias, coágulos, pérdida de sensibilidad, pérdida funcional de un miembro, parálisis, embolia, daño cerebral, ataque cardíaco o muerte.

Entiendo que dichos riesgos corresponden a toda forma de anestesia y que cualquier otro riesgo adicional o específico relacionado con la anestesia propuesta me los han explicado. Además, entiendo que hay muchos factores que determinan el tipo de anestesia a ser usada, incluyendo mi condición física el tipo procedimiento que el cirujano realice, su preferencia, así como también la mía.

Me han explicado que cierto tipo de anestesia que involucra el uso de anestésicos locales, con o sin sedativos, puede que no tenga buenos resultados y por lo tanto otro tipo de anestésico deberá ser administrado incluyendo la anestesia general.

3. Entiendo que a pesar del tipo de anestesia que se administre, hay un número de riesgos comunes predecibles y consecuencias. Me han informado que algunos, pero no todos los riesgos comunes predecibles y sus consecuencias son: dolor de garganta y voz, náuseas y vómitos, dolores
4. Además, comprendo que el uso de instrumentos médicos en la boca para mantener abiertas las vías respiratorias durante la administración de la anestesia, puede que inevitablemente cause daño a los dientes, incluyendo fractura o pérdida de los dientes, puentes, prótesis dentales, coronas y amalgamas, laceración de los labios y de las encías.
5. Entiendo que los medicamentos que estoy tomando actualmente pueden ocasionar complicaciones con la anestesia o cirugía. Comprendo que es para mí beneficio, informar a mis médicos de cualquier medicamento que yo esté tomando actualmente, incluyendo, pero no limitándose a la aspirina, medicamentos para resfriado, Fenciclidina, marihuana, cocaína, vitaminas, minerales y suplementos herbáceos.
6. He escuchado la explicación del doctor acerca del (de los) tipo (s) de anestesia que se me pueden administrar sus beneficios y riesgos y riesgos comunes predecibles y consecuencias, así como también las alternativas y ahora acepto su recomendación con la excepción de:

------(documente alergias o niega alergias)

7. Entiendo que durante el transcurso de mi operación, procedimiento, o tratamiento puede ser necesario el uso de equipos de observación invasivos. Los riesgos/beneficios asociados con este tipo de monitoreo me los han explicado en detalle y los entiendo.

8. Entiendo que ciertas condiciones pueden surgir durante la administración de la anestesia, que requieran la modificación o extensión de este consentimiento por lo tanto, autorizo las modificaciones o extensiones a este consentimiento que el profesional estimen necesarios según las circunstancias.
9. **Por medio de la presente doy mi consentimiento y autorizo la transfusión o administración de sangre o sus componentes/productos y medicamentos durante esta cirugía y hospitalización, cuando los médicos que me atienden lo estimen necesario. Entiendo que no hay garantías en cuanto a dicha transfusión de sangre, sus componentes -productos o medicamentos.**
10. Comprendo que no debo comer ni beber absolutamente nada, ni siquiera agua, después de las doce (12) de la media noche del día anterior a la cirugía a menos que me lo permita el médico.
11. **Admito y convengo que el anestesiólogo y los médicos adjuntos no son empleados del CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A y que el Hospital no controla las formas o métodos en que estas intervenciones son realizadas**
12. He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas pertinentes a la anestesia y éstas han sido contestadas completamente y satisfactoriamente .
13. **Entiendo el contenido de este documento, estoy de acuerdo con sus disposiciones y doy mi consentimiento para la administración de anestesia durante el procedimiento, operación o tratamiento al que me voy a someter. También reconozco que la práctica de anestesia, medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que ninguna persona me ha hecho promesas o garantías en cuanto a la administración de anestesia o sus resultados.**
14. **He sido informado completamente y consiento el uso de la sedación consciente. La forma en que esta es usada puede ocasionar la pérdida de reflejos protectores.**
15. He leído los párrafos anteriores y éstos han sido explicados satisfactoriamente.

Clínica Especializada de Azuero  
CUIDANDO TU SALUD

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de su representante o guardián legal

\_\_\_\_\_  
Testigo (solo de la firma)

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha/Hora: