

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA

Panamá, República de Panamá a los días 11 del mes de abril del 2024. Quien suscribe, JUAN GONZALEZ, portador(a) de la cedula de identidad personal numero 8-00-678-887 de 52 años de edad, reconozco que me ha sido INFORMADO por el anestesiólogo _____ de forma amplia, precisa, clara y sencilla de los riesgos y beneficios de someterme al procedimiento anestésico.

Estoy consciente de que en cualquier momento pueden presentarse complicaciones y cambios hemodinámicos inherentes a los anestésicos y medicamentos utilizados, como respuesta de mi organismo ante los mismos, y de los cuales, desconocía previamente.

Se me informó de la posibilidad de presentar respuestas alérgicas, reacciones adversas ó efectos indeseables a los anestésicos, medicamentos y soluciones utilizados durante mi intervención quirúrgica, mismos que a su vez pueden acarrear complicaciones en mi organismo, requerir tratamientos médicos complementarios.

Acepto haber comprendido las explicaciones por parte del médico, han sido aclaradas todas mis dudas y estoy satisfecho (a) con la información recibida.

Comprendiendo el alcance de los riesgos y beneficios, firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de mis testigos. y/o familiares sin haber estado sujeto (a) a ningún tipo de presión o coacción para hacerlo, por lo anterior es mi decisión AUTORIZAR al especialista de someterme al procedimiento anestésico.

Declaro: que he leído / comprendido la información precedente, que he sido informado por el médico de los riesgos del procedimiento, que se me ha explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento sin dar explicación alguna.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En caso de pacientes inconsciente o incapaz de tomar decisiones al momento de su admisión, un representante firmará el presente documento.

Firma del paciente o quien Representa: _____

Cédula: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Clinica Especializada de Azuero
CUIDANDO TU SALUD

Anestesiólogo: _____

Firma y Sello: _____