

CONSENTIMIENTO INFORMADO AL SERVICIO DE ANESTESIA

El/La Dr./Dra.: _____
Informa al paciente Sr./Sra.: _____
de que para la intervención quirúrgica programada de: _____
Habiendo sido valorada su Historia Clínica y el resultado de las pruebas complementarias efectuadas (analítica, electrocardiograma, etc.) procede aplicar anestesia _____ (general, troncular, local, etc.)

RIESGOS GENERALES:

Como en todo procedimiento quirúrgico bajo anestesia, existen riesgos y complicaciones que pueden producirse tanto durante la inducción anestésica como durante la intervención quirúrgica o en el proceso de reanimación postoperatoria.

Estos riesgos y complicaciones podrían producir alteraciones cardíacas, respiratorias, metabólicas y neurológicas, que pueden ocasionar un estado de coma o la muerte, aunque se debe añadir que la incidencia de estas últimas posibilidades es muy baja (alrededor de 0,7/10.000).

Existen otras complicaciones banales como: molestias en la garganta, tos, ronquera náuseas o vómitos después de una anestesia general. Dolor de cabeza o de espalda después de una anestesia espinal. O hematomas después de la aplicación de cualquier anestesia local.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

Las circunstancias personales (edad, enfermedades, alergias, anestésicos anteriores o tratamientos previos, drogadicción o hábitos adquiridos) pueden incrementar, o no, la incidencia en la aparición de los riesgos indicados, como también

He sido informado de la posibilidad de que surgiera alguna situación inesperada durante la intervención que requiera algún procedimiento diferente o adicional del previsto inicialmente, en cuyo caso autorizo igualmente o adicional del previsto inicialmente, en cuyo caso autorizo igualmente al equipo médico a realizar lo que crea conveniente o necesario.

He sido informado de la necesidad de adoptar como medidas preoperatorias, las siguientes: ayuno de _____ horas, tomar la medicación habitual (a menos que se indique lo contrario), no llevar maquillaje, pintura de labios, laca de uñas, advertir de cualquier tipo de prótesis móvil (lentillas o dentadura postiza no fija), advertir en el momento del ingreso de cualquier anomalía o problema que se haya podido presentar después de la visita preanestésica _____

Admitiendo que la información se me ha dado de forma comprensible, que he podido formular preguntas y que me han aclarado las dudas presentadas al leer o escuchar la información sobre el procedimiento anestésico específico, **AUTORIZO** al Dr./Dra. (o al equipo de anestesia de) _____ a realizar el procedimiento anestésico referenciado.

Sé que la firma y el otorgamiento de este consentimiento informado no supone ninguna renuncia a posibles reclamaciones futuras, tanto en el orden médico como legal. Sé también que puedo desdecirme de la firma de este consentimiento en cualquier momento previo a la intervención.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma:
Paciente o Representante legal

Médico informante