**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del paciente), reconozco que mi doctor me ha explicado que voy a tener una operación, un procedimiento de diagnóstico o un tratamiento. Mi doctor me ha explicado los riesgos del procedimiento, y me aconsejo de tratamientos alternativos y me dejo saber sobre el resultado que se espera, y también lo que podría pasar si mi condición permanece sin tratar. También entiendo que se necesitan los servicios de anestesia para que el doctor pueda realizar la operación o el procedimiento.

Se me ha explicado que en todas las formas de anestesia se implican algunos riesgos y también que no hay garantías y que no se pueden hacer promesas en relación con los resultados de mi procedimiento o tratamiento. Sin embargo, sé que también puede ocurrir una complicación grave e inesperada con respecto a la anestesia como: **infección, sangrado, reacciones a medicamentos, coágulos de sangre, perdida de la sensibilidad, perdida de la función de una extremidad, parálisis, apoplejía, daño cerebral, ataque al corazón o la muerte.** Entiendo que estos son riesgos de todo tipo de anestesia y que riesgos adicionales y más específicos han sido identificados más adelante y podrán ser parte de tipos específicos de anestesia, Entiendo que los tipos de anestesia seleccionados adelante serán utilizados en mi procedimiento y que la técnica anestésica a utilizarse será determinada por varios factores incluyendo mi condición física, el tipo de procedimiento que mi doctor hará, la preferencia de mi doctor, y también mi propio deseo. Se me ha explicado que a veces la técnica anestésica que envuelve el use do anestésicos locales, con o sin sedación pueden no tener éxito completo y por lo tanto otra técnica puede tener que ser utilizada incluyendo la anestesia general.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **( ) Anestesia General** | Resultados Esperados | Estado de inconsciencia total, posible colocación de tubo en la tráquea |
| Técnica | Medicamento inyectado en el torrente sanguíneo, por los pulmones, o por otras vías.  |
| Riesgos | Dolor bucal o de garganta, vos ronca, lesiones en la boca o los dientes, conciencia bajo anestesia, daño a los vasos sanguíneos, aspiración, neumonía. |
| **( ) Anestesia Espinal o Epidural / Analgesia**( ) con sedación( ) sin sedación | Resultados Esperados | Pérdida temporal de sensibilidad y o el movimiento de la parte inferior del cuerpo.  |
| Técnica | Medicamento inyectado a través de una aguja o un catéter colocado directamente en el canal espinal o afuera del canal espinal.  |
| Riesgos | Dolor de cabeza, dolor de espalda, zumbido en los oídos, convulsiones, infección, debilidad persistente, entumecimiento, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos y “medula total.” |
| **( ) Bloqueo Mayor o Menor de Nervio**( ) con sedación( ) sin sedación  | Resultados Esperados | Pérdida temporal de sensación y / o movimiento de una extremidad o área. |
| Técnica | Medicamento inyectado cerca de los nervios proporcionando la perdida de sensación en el área.  |
| Riesgos | Infección, convulsiones, entumecimiento persistente, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos. |
| **( ) Anestesia regional intravenosa**( ) con sedación( ) sin sedación | Resultados Esperados | Pérdida temporal de sensación y / o movimiento de una extremidad o área.  |
| Técnica | Medicamento inyectado por venas de un brazo o pierna usando un torniquete.  |
| Riesgos | Infección, convulsiones, entumecimiento persistente, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos. |
| **( ) Cuidado de Anestesia Monitoreado** (con sedación) | Resultados Esperados | Reducir ansiedad y dolor, amnesia parcial o total.  |
| Técnica | Medicamento inyectado en el torrente sanguíneo, por los pulmones, o por otras vías produciendo un estado de seminconsciencia.  |
| Riesgos | Estado de inconciencia, depresión respiratoria, daño a los vasos sanguíneos.  |
| **( ) Cuidado de Anestesia Monitoreado** (sin sedación) | Resultados Esperados | Medición de signos vitales, disponibilidad de anestesista para más intervención. |
| Técnica | Ninguna.  |
| Riesgos | Aumento de conciencia, ansiedad y o malestar.  |

Certifico y declaro que he leído este formulario o fue leído a mí, que yo entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del servicio de anestesia y que he tenido amplio tiempo para hacer preguntas y para considerar mi decisión.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma del paciente/padre Fecha y Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anesthesia Consultants of Georgia – Firma del testigo Fecha