REVELACIÓN Y CONSENTIMIENTO -ANESTESIA y CONTROL DE DOLOR (ANALGESIA) PERIOPERATORIO

AL PACIENTE: *tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su enfermedad y la anestesia/analgesia recomendada que se usará, de modo que usted pueda tomar la decisión de si recibir la anestesia/analgesia o no después de conocer los riesgos y los peligros relacionados. Esta revelación no tiene como fin asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo por tenerlo mejor informado para que usted pueda dar o negar su consentimiento para la anestesia/analgesia.*

Solicito voluntariamente que me administren a mí (el paciente) la anestesia y la atención de control de dolor (analgesia) perioperatoria, según lo indicado a continuación. Entiendo que será administrada por un proveedor de anestesia, el profesional que realice la operación o algún otro proveedor de salud de ese tipo, de ser necesario. Perioperatorio significa el periodo poco antes de, durante y poco después del procedimiento.

Aunque entiendo que la anestesia/analgesia implica riesgos y peligros adicionales, solicito que usen anestésicos/analgesia para el alivio de y la protección contra el dolor durante los procedimientos planeados y adicionales. Comprendo que el tipo de anestesia/analgesia podría tener que cambiarse, posiblemente sin darme una explicación.

Entiendo que pueden ocurrir complicaciones graves, pero raras, con todos los métodos anestésicos/analgésicos. Algunos de estos riesgos son problemas de respiración y del corazón, reacciones a la medicina, daño nervioso, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis o la muerte.

También entiendo que podrían ocurrir otras complicaciones. Entre esas complicaciones se incluyen:

Marque los métodos de anestesia/analgesia planeados y haga que el paciente/otra persona legalmente responsable ponga sus iniciales.

____ ANESTESIA GENERAL –lesión a las cuerdas vocales, los dientes, los labios, los ojos; estar consciente durante el procedimiento; disfunción de la memoria/pérdida de la memoria; daño a órganos permanente; daño cerebral.

____ ANESTESIA/ANALGESIA DE BLOQUEO REGIONAL -daño nervioso; dolor persistente; sangrado/hematoma; infección; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño cerebral.

____ ANESTESIA/ANALGESIA ESPINAL -daño nervioso; dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño cerebral.

____ ANESTESIA/ANALGESIA EPIDURAL -daño nervioso; dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño cerebral.

____ ATENCIÓN DE ANESTESIA VIGILADA (MAC) - disfunción de la memoria/pérdida de la memoria; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño a órganos permanente; daño cerebral.

_____ SEDACIÓN PROFUNDA - disfunción de la memoria/pérdida de la memoria; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño a órganos permanente; daño cerebral.

_____ MODERADA SEDACIÓN - disfunción de la memoria/pérdida de la memoria; necesidad médica de usar anestesia general en vez; daño a órganos permanente; daño cerebral.

Comentarios/riesgos adicionales:

Entiendo que no me han prometido nada con respecto al resultado de los métodos de anestesia/analgesia.

Me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos de anestesia/analgesia, los procedimientos que se usarán, los riesgos y los peligros relacionados, y las formas de anestesia/analgesia alternativas. Creo tener suficiente información para dar este consentimiento informado.

Me han explicado completamente este formulario, lo he leído o me lo han leído, se han rellenado los espacios en blanco, y entiendo el contenido de éste.

PACIENTE/OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (se requiere una firma)

FECHA: _____ **HORA:** _____ **a.m. /p.m.**

TESTIGO:

Firma

Nombre (en letra de molde)

Domicilio (calle y número o apartado postal)

Ciudad, estado y código postal