



Liberty Endo
156 William Street, Fourth Floor
New York, NY 10038
Tel: 646-215-2244
Fax: 646-215-2245

CONSENTIMIENTO PARA LA ANESTESIA

A mí, _____, se me ha programado para un procedimiento endoscópico y he consentido a él. Entiendo que los servicios de anestesia son necesarios a fin de que mi médico pueda realizar el procedimiento.

Se me ha explicado que todas las formas de anestesia implican algunos riesgos y que no se me están haciendo garantías o promesas con respecto a los resultados de mi procedimiento o tratamiento. AUNQUE INFRECIENTES, PUEDEN OCURRIR GRAVES COMPLICACIONES INESPERADAS AL USAR ANESTESIA, QUE INCLUYEN LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN, SANGRADO, REACCIONES MEDICAMENTOSAS, COÁGULOS DE SANGRE, PÉRDIDA DE SENSACIÓN, PÉRDIDA DE LA VISIÓN, PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN DE LOS MIEMBROS, PARÁLISIS, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, DAÑO CEREBRAL, ATAQUE AL CORAZÓN O LA MUERTE. Entiendo que estos riesgos se aplican a TODAS las formas de anestesia y que más abajo se han identificado riesgos específicos o adicionales sobre cómo se pueden aplicar a un tipo de anestesia concreto. Entiendo que el tipo de servicio de anestesia que se describe a continuación será utilizado para mi procedimiento y que la técnica anestésica a utilizar está determinada por muchos factores, entre ellos mi condición física y el tipo de procedimiento que mi médico va a practicar, así como mis propios deseos.

Cuidado anestésico monitoreado (con sedación)

Se inyectan medicamentos en el torrente sanguíneo, produciendo un estado de ansiedad y dolor disminuidos, con amnesia parcial o total. Los riesgos incluyen la posibilidad de respiración deprimida, náuseas o vómitos, lesiones a los vasos sanguíneos, aspiración del contenido gástrico o la necesidad de anestesia general (estado de total inconciencia que puede requerir la colocación de un tubo para respiración en la tráquea).

Por la presente otorgo mi consentimiento para el servicio de anestesia arriba detallado y autorizo que sea administrada por un anesthesiologo o una enfermera anestesista certificada (CRNA) bajo la supervisión de un anesthesiologo, todos los cuales están acreditados para proporcionar servicios de anestesia en este centro de salud. También autorizo a que se emplee un tipo alternativo de anestesia, si es necesario, según ellos lo consideren apropiado. Certifico que he leído o se me ha leído el consentimiento anterior, que ha estado precedido por una explicación de un representante del departamento de anestesia, y lo entiendo a cabalidad. Confirmando que se me ha informado adecuadamente acerca de los riesgos relevantes, complicaciones, resultados esperados y posibles alternativas, entre ellas la de no tener anestesia, y específicamente otorgo mi consentimiento para ella. Certifico y confirmo que he tenido tiempo de sobra para hacer preguntas y considerar mis decisiones.

Firma del paciente/tutor legal o patrocinador (relación)

Fecha

Hora

Testigo de la firma

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN: El paciente o tutor legal arriba señalado ha sido asesorado con respecto a los riesgos relevantes y las posibles complicaciones asociadas con el servicio de anestesia propuesto, así como los beneficios y alternativas al servicio de anestesia propuesto.

Firma del médico asesor o CRNA

Fecha

Hora