

# Liberty Endoscopy

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

## Consentimiento para servicio de anestesia

Yo, <nombre del Paciente> , tengo turno y presté consentimiento para un procedimiento de endoscopia. Entiendo que se requiere un servicio de anestesia para que mi médico pueda realizar el procedimiento.

Me han explicado que **todas** las formas de anestesia implican algunos **riesgos**, y que no se pueden dar garantías ni realizar promesas con respecto a los resultados de mi procedimiento o tratamiento. Si bien es inusual, pueden ocurrir *complicaciones severas* inesperadas con la anestesia e incluir la posibilidad remota de *infección, sangrado, reacciones al medicamento, coágulos sanguíneos, pérdida de la sensibilidad, pérdida de la función de las extremidades, daño dental, parálisis, accidente cerebrovascular, daño cerebral, ataque cardíaco o muerte*. Entiendo que estos riesgos aplican a todas las formas de anestesia, y que se identificaron a continuación riesgos adicionales o específicos ya que pueden corresponder a un tipo específico de anestesia. Entiendo que el tipo de anestesia que recibiré puede ser una sedación local, mínima, moderada o profunda.

El anestésico que se utilizará se determina en función de muchos factores, que incluyen mi estado físico, el tipo de procedimiento que debe realizar mi médico, su preferencia, como así también mi propio deseo. Los medicamentos que se utilicen se inyectarán en el torrente sanguíneo, lo cual producirá un estado semiconsciente. El resultado previsto es reducir la ansiedad, el dolor y proporcionar una amnesia parcial o total.

Por la presente, presto consentimiento al servicio de anestesia mencionado anteriormente y autorizo que sea administrado por parte de un Anestesiólogo o un Enfermero Anestesiista Registrado Certificado (CRNA, por sus siglas en inglés) bajo la supervisión de un Anestesiólogo, todos los cuales cuentan con credenciales para prestar servicios de anestesia en este centro de salud. Manifiesto que leí, recibí una explicación adecuada, tuve tiempo suficiente para realizar preguntas, tuve tiempo suficiente para analizar mis decisiones y entendí completamente el consentimiento que antecede. Con este conocimiento y sin más preguntas, firmo a continuación y autorizo la prestación del servicio de anestesia para mi procedimiento quirúrgico.

Firma del Paciente/tutor legal o patrocinador

<Firma del Paciente>

Testigo de firma

<Firma de Testigo2>

**CERTIFICACIÓN:** Se asesoró al paciente/tutor legal mencionado anteriormente respecto de los riesgos materiales y posibles complicaciones asociados con el servicio de anestesia propuesto, y los beneficios del servicio de anestesia propuesto y sus alternativas.

Firma del Médico/CRNA Asesor

<Firma del Anestesiólogo>

Fecha de hoy: <Fecha de hoy>