

Divulgación y consentimiento para la anestesia y el manejo del dolor perioperatorio (analgesia)

Le he explicado al paciente o representante legal el procedimiento, los riesgos, los peligros, los beneficios, las probabilidades de alcanzar los objetivos, las alternativas y los riesgos de la terapia alternativa.

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Hora: _____

PARA EL PACIENTE: *Como paciente usted tiene el derecho a recibir información sobre su afección y la anestesia/analgesia recomendadas que se utilizarán, de modo que podrá tomar la decisión de recibir anestesia/analgesia o no luego de conocer los riesgos y peligros involucrados. Esta divulgación no tiene como objetivo asustarlo ni alarmarlo; es simplemente una forma para que usted esté mejor informado, de modo que pueda brindar o negar su consentimiento para recibir anestesia/analgesia.*

Yo (el paciente) solicito voluntariamente que me administren anestesia y atención del manejo del dolor perioperatorio (analgesia), según lo indicado a continuación. Comprendo que será administrada por un anestesiólogo o el cirujano, así como también otros proveedores de atención médica según sea necesario. Perioperatorio refiere al período poco antes, durante y poco después del procedimiento.

Comprendo que la anestesia/analgesia implica riesgos y peligros adicionales, sin embargo solicito el uso de agentes anestésicos/analgesia para el alivio y protección contra el dolor durante los procedimientos planificados y adicionales. Comprendo que es posible que se cambie el tipo de anestesia/analgesia sin darme explicaciones.

Comprendo que pueden ocurrir complicaciones graves, aunque poco comunes, con todos los métodos anestésicos/analgésicos. Algunos de estos riesgos son problemas de respiración y cardíacos, reacciones a los medicamentos, daño nervioso, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis o la muerte.

También entiendo que se pueden presentar otras complicaciones. Entre las complicaciones podemos encontrar, entre otras, las siguientes:

Verifique los métodos de anestesia/analgesia planificados y haga que el paciente/otra persona legalmente responsable coloque sus iniciales.

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

_____ ANESTESIA DE BLOQUEO REGIONAL: daño nervioso; dolor persistente; sangrado/hematoma; infección, necesidad médica de usar anestesia general en su lugar; daño cerebral. Derecho (right) Izquierdo (left)

_____ 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 su lugar; 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 su lugar; daño cerebral.

_____ CUIDADOS ANESTÉSICOS MONITORIZADOS (MAC, por sus siglas en inglés) o SEDACIÓN/ANALGESIA: disfunción de la memoria o pérdida de la memoria; necesidad médica de utilizar anestesia general en su lugar; daño permanente de los órganos; 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 se me ha prometido nada con respecto al resultado de los métodos de anestesia/analgesia.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos de anestesia/analgesia, los procedimientos que se utilizarán, los riesgos y peligros involucrados, y las formas de anestesia/analgesia alternativas. Considero que he recibido la información suficiente como para otorgar este consentimiento informado.

Se me ha explicado este formulario por completo, lo he leído nuevamente o me lo han leído, se han rellenado los espacios en blanco y entiendo su contenido.

Paciente/otra persona legalmente responsable (se requiere una firma)

Fecha: _____ Hora: _____ a. m./p. m.

Testigo:

Firma

Nombre (en letra de imprenta)

Dirección (calle o casilla postal)

Ciudad, Estado, Código postal

