

PHILADELPHIA SURGI-CENTER
9500 Roosevelt Boulevard, Philadelphia, PA 19115

CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Al Paciente: Esta forma de consentimiento confirma la discusión del cuidado de anestesia que usted recibirá de Delaware Valley Anesthesia (Anestesia del Valle de Delaware) para su procedimiento.

Administración de Anestesia: El Dr. _____ ha explicado que un miembro de Delaware Valley Anesthesia supervisaría sus funciones corporales y administraría anestesia bajo la supervisión personal y directa de un anestesiólogo de turno que puede ser ayudado por otros miembros de Delaware Valley Anesthesia.

Tipos y Riesgos de Anestesia: La anestesia implica riesgos además de los riesgos del procedimiento en sí. La forma particular de anestesia planeada para su procedimiento y los riesgos asociados han sido discutidos con usted como se indica abajo. Los riesgos documentados aquí no están todo incluidos y otros riesgos imprevistos o complicaciones pueden ocurrir.

- La Anestesia General** hace que usted esté inconsciente e insensible al dolor mediante el uso de medicamentos, los cuales usted puede respirar o se le pueden ser inyectados. Un tubo de respiración generalmente se coloca en la tráquea una vez que usted esté inconsciente y más tarde se extrae antes de que usted esté completamente despierto. De vez en cuando, el tubo de respiración se mantendrá en su lugar un poco más de tiempo hasta que usted esté lo suficientemente fuerte para respirar independientemente. La náusea o el vómito posoperatorio es común, pero generalmente se puede suprimir con medicamentos. Algunos pacientes temen despertar durante la cirugía, pero esta complicación es muy rara. Los riesgos asociados con la anestesia general incluyen, pero no se limitan a, daño a los labios o los dientes, dolor de garganta, dolor de cabeza, lesiones en los ojos o ceguera, infección, reacciones a transfusiones (incluyendo sangrado excesivo y daño renal), reacción a los medicamentos (incluyendo sarpullido, shock, y paro cardíaco o respiratorio), coágulos de sangre, infección pulmonar, pérdida de sensibilidad o la función de alguna extremidad, parálisis, derrame o lesión cerebral, insuficiencia cardíaca o ataque cardíaco y muerte.
- La Anestesia Regional** implica la inyección de un medicamento para adormecer temporalmente un área específica del cuerpo. Los bloqueos epidurales, espinales o de nervio selectivos son los métodos comúnmente utilizados. Como parte de la anestesia regional, generalmente uno recibe un medicamento para relajarse. En ocasiones, la anestesia regional no proporciona suficiente alivio para el dolor. En estas situaciones, puede recibir anestesia general o medicamentos por vía intravenosa para aliviar el dolor y para complementar la anestesia regional. Un catéter epidural también puede colocarse en su espalda cerca de los nervios espinales antes de la cirugía para ofrecerle un control más efectivo contra el dolor después de una cirugía mayor abdominal o torácica. Los riesgos de la anestesia regional incluyen, pero no se limitan a, presión arterial baja, picazón o reacción alérgica a los medicamentos, obstrucciones o cese de la respiración, dolor de cabeza severo, parálisis temporal, lesión de algún nervio, infección o meningitis.
- El Cuidado Supervisado de Anestesia (MAC)** o sedación supervisada implica el uso de medicamentos por vía intravenosa para calmarlo, y para ponerlo menos consciente del procedimiento. Puede que usted recuerde voces o experimente una leve molestia. Los riesgos de MAC incluyen, pero no se limitan a, reacciones alérgicas a los medicamentos, obstrucción de la respiración y náusea y vómito después del procedimiento.
- La Anestesia Local** es dada por medio de una inyección. Generalmente es dada por el cirujano para adormecer un área específica.

Reconocimiento y Consentimiento para la Anestesia: Yo reconozco que he leído y entendido este formulario (o se me ha sido leído) incluyendo todos los términos médicos acerca de los cuales he preguntado si no he estado seguro. Que todas mis preguntas sobre la anestesia han sido contestadas por el anestesiólogo de manera satisfactoria, que he contestado honestamente todas las preguntas que me han hecho relacionadas con mi salud y que me han explicado a mi satisfacción de todos los riesgos y las complicaciones asociadas con la anestesia. Yo los entiendo y acepto los riesgos. Asimismo, entiendo y acepto el plan específico de la anestesia seleccionado para mí según lo indicado arriba. Yo también reconozco y comprendo que mientras este bajo anestesia, ciertas condiciones pueden surgir las cuales requerirán que el anestesiólogo realice procedimientos adicionales que no estaban previstos cuando firmé este Consentimiento de Anestesia. Esto incluye cambiar de un tipo de anestesia a otro, o la colocación de dispositivos adicionales de monitorización invasiva según criterio médico. Por lo tanto, autorizo a mi anestesiólogo, a cualquier personal que pueda estar implicado en la administración de mi anestesia, y a todo el personal médico bajo la supervisión o control de mi anestesiólogo para llevar a cabo tales procedimientos adicionales, como el anestesiólogo considere médicamente necesario. Yo voluntariamente doy mi consentimiento para la administración de anestesia y a todos los procedimientos que se consideren médicamente necesarios o apropiados por un miembro de Delaware Valley Anesthesia. Este consentimiento será válido hasta que sea revocado por mí por escrito.

(Firma del PACIENTE)

(Firma del TESTIGO)

(Firma del REPRESENTANTE AUTORIZADO)

(RELACIÓN con el Paciente)

(Médico encargado de conseguir firma & título)
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA

(HORA)

AM / PM