

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_



**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.

Entiendo que la anestesia / analgesia implica riesgos y peligros adicionales, pero pido el uso de anestésicos / analgesia para el alivio y protección contra el dolor o la ansiedad durante los procedimientos planeados y adicionales. Me doy cuenta de que el tipo de anestesia / analgesia puede tener que ser cambiado posiblemente sin explicación para mí.

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.

\_\_\_\_\_ 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:

\_\_\_\_\_ ANESTESIA PRENATAL / INFANTIL TEMPRANA - posibles efectos negativos a largo plazo sobre la memoria, el comportamiento y el aprendizaje con exposición prolongada o repetida a anestesia general / sedación moderada / sedación profunda durante el embarazo y en la primera infancia.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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