

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para la Anestesia y Analgesia Postoperatoria

Nombre y Apellido del Paciente:.....

Fecha de Nacimiento: / /

Yo,.....autorizo la administración de anestésicos, analgésicos y/o sedantes, y la implementación de las técnicas de monitorización que resulten necesarias, bajo la dirección de un médico anestesiólogo miembro de la División Anestesia, Analgesia y Reanimación del Hospital.

Se me ha explicado sobre las alternativas de la administración de anestesia, y acepto permitir una o más de las formas siguientes de anestesia o analgesia, como la más adecuada para mi tratamiento:

- **Anestesia general:** con agentes intravenosos y/o gases inhalados que me originaran inconsciencia.
- **Anestesia regional:** anestesia cerca de grandes nervios que temporalmente harán que pierda las sensaciones de dolor en algunas zonas de mi cuerpo.
- **Anestesia epidural / raquídea:** en el caso de anestesia y/o analgesia perioperatoria.
- Anestesia local con agentes locales, con o sin la administración de sedantes endovenosos.

Entiendo que durante el curso de la anestesia / operación pueden surgir cambios imprevistos en mi estado clínico que obliguen a modificaciones de la atención que se me brinda; el anestesiólogo actuará como guardián de mis intereses, teniendo como prioridad mi seguridad.

Estoy consciente de que es imposible garantizar los resultados de la administración de estos tratamientos a mi persona.

Entre los efectos adversos frecuentes están náuseas y vómitos, cefaleas, dorsalgia, faringitis o ronquera dolorimiento muscular e hinchazón de tejidos blandos. Además la cirugía menor puede conllevar peligros anestésicos graves e imprevistos, algunos de estos riesgos y complicaciones (aunque reconozco que no son los únicos) son los siguientes: daño de ojos, boca, dientes o cuerdas vocales, neumonía, insensibilidad, sueños o recuerdos de sucesos transoperatorios, dolor o parálisis, lesión de venas, arterias, hígado o riñones, reacciones medicamentosas adversas y en casos raros, daño cerebral permanente, ataque al corazón y muerte. Estos posibles riesgos se pueden sufrir con anestesia general, regional o local.

Certifico que hasta donde tengo entendimiento, he referido al anestesiólogo que ha obtenido este consentimiento, los siguientes puntos:

1. Todas las enfermedades que he sufrido.
2. Todas las anestесias que he recibido anteriormente y sus complicaciones, hasta donde llegaron a mis conocimientos.
3. Cualquier alergia a medicamentos que sufro.
4. Todos los fármacos que recibí en los últimos 12 meses y que he respondido con la verdad a todas las preguntas adicionales planteadas por el anestesiólogo.

También me han sido explicadas la naturaleza y la finalidad de la asistencia anestésica. He tenido la oportunidad de plantear preguntas y todas han sido respondidas con satisfacción. Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes de serme administrado el tratamiento anestésico, analgésico y/o sedación.

En caso de embarazadas: entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y anestesian temporalmente al feto. Son muy raras las complicaciones que éste sufre por anestesia durante el embarazo, pero entre los riesgos (no exclusivamente) están: defectos congénitos, trabajo de parto prematuro, lesión cerebral permanente y muerte. Aunque en el estado actual del conocimiento la evidencia para estos hechos pueda ser controvertida.

FECHA: / /

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL RESPONSABLE

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN