

Confirmación del consentimiento informado para la anestesia

Para el paciente o padre/madre, tutor o persona designada: este formulario está diseñado para confirmar la conversación y el consentimiento para que se administre la anestesia propuesta para un procedimiento quirúrgico, médico o terapéutico.

Un profesional de anestesia administrará la anestesia adecuada para mi condición y controlará las funciones corporales vitales durante el procedimiento. Entiendo que la anestesia implica riesgos, además del procedimiento en sí. Estos riesgos pueden incluir, entre otros, los siguientes: reacción adversa a medicamentos, daño cerebral, lesión nerviosa o muerte. Además: pueden producirse lesiones en los dientes o trabajos dentales, daños en las cuerdas vocales, problemas respiratorios, dolores y molestias leves, daños en las arterias y venas o dolores de cabeza. Soy consciente de que en la administración de anestesia pueden ocurrir otras complicaciones inesperadas. Todo lo mencionado anteriormente se ha explicado en términos que entiendo y mis preguntas han sido respondidas.

Certifico que la información que he proporcionado con respecto a antecedentes, problemas, medicamentos e ingesta de alimentos y líquidos es correcta.

Entiendo que un adulto responsable debe acompañar a cada paciente a casa cuando sea dado de alta de la sala de recuperación. Entiendo que hacer caso omiso de estos consejos podría poner a uno en riesgo, si surgen problemas y no se informan.

Autorizo y doy mi consentimiento voluntariamente para la administración de anestesia.

Fecha _____ Hora _____ Firma _____