

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

Por la presente, autorizo, doy mi consentimiento y solicito a **Complete Anesthesia Care, LLC (CAC)** que administre la anestesia que se considere necesaria para mi procedimiento. Se me ha brindado la oportunidad de que todas mis preguntas o inquietudes relacionadas con mi atención anestésica sean respondidas o aclaradas. Entiendo que **Complete Anesthesia Care** no es agente de **Northwest Gastroenterology Clinic** ni de **NGC Endoscopy Services, LLC**.

Tipos de anestesia:

- **Sedación profunda (TIVA con propofol):** medicamento inyectado en el torrente sanguíneo que produce inconsciencia. El paciente puede responder de manera intencional tras estímulos repetidos o dolorosos. La respiración espontánea generalmente se mantiene. La función cardiovascular generalmente se mantiene. Puede ser necesaria la intervención en la vía aérea.
- **MAC (sedación consciente):** medicamento inyectado en el torrente sanguíneo para producir sedación sin pérdida de la conciencia. El paciente puede responder de manera intencional a órdenes verbales. La respiración espontánea se mantiene. La función cardiovascular generalmente se mantiene.

Se me ha informado y entiendo que ocasionalmente pueden presentarse efectos secundarios de la anestesia, incluyendo, entre otros, algunas complicaciones poco frecuentes. Entiendo que, en raras ocasiones, las complicaciones pueden requerir hospitalización para proporcionar la atención continua adecuada.

Efectos secundarios:

- Dolor de garganta
- Dolor en el cuello/mandíbula
- Náuseas y/o vómitos
- Dolor o lesión en el sitio del catéter intravenoso
- Lesión dental
- Hinchazón
- Sangrado nasal

Complicaciones poco frecuentes:

- Reacción adversa a medicamentos
- Problemas respiratorios
- Aspiración
- Presión arterial baja y/o frecuencia cardíaca baja
- Ritmo cardíaco anormal
- Parálisis
- Ataque cardíaco/derrame cerebral
- Muerte

Entiendo la importancia de proporcionar a mis proveedores de atención médica un historial médico completo, incluyendo la necesidad de informar sobre todos los medicamentos que estoy tomando, tanto con receta como sin receta. También entiendo que el uso de remedios herbales, alcohol o cualquier tipo de droga ilegal puede dar lugar a complicaciones graves y debe ser divulgado. Asimismo, entiendo que debo informar sobre cualquier complicación que haya ocurrido con anestésicos previos.

Reconozco que he leído este formulario, o que me lo han leído, que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del servicio de anestesia, y que he tenido tiempo suficiente para hacer preguntas y considerar mis decisiones.

Al firmar este documento, declaro que se me ha informado que ciertos medicamentos anestésicos, cuando se administran durante el primer o tercer trimestre del embarazo, pueden ser perjudiciales para el feto. Se me ha dado la oportunidad de aclarar cualquier pregunta relacionada con la anestesia y/o la endoscopia durante el embarazo, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Asimismo, declaro que:

No estoy embarazada

Estoy embarazada

N/A

Y por la presente doy permiso a **NGC Endoscopy Services** y a **CAC** para realizar colonoscopia / endoscopia junto con la anestesia, según lo considere apropiado mi proveedor de anestesia.

Firma del paciente _____ **Fecha** _____ **Hora** _____

Padre, madre o tutor (si es necesario) _____ **Fecha** _____ **Hora** _____

Firma del proveedor de anestesia _____ **Fecha** _____ **Hora** _____