

	<b>FORMATO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-AH-194
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS</b>	<b>VERSIÓN:</b>	1
		<b>FECHA EMISIÓN:</b>	18/06/2018 dd/mm/aa

El Doctor(a) ..... me informa que para la intervención quirúrgica....., después de haber sido valorada mi historia clínica y las pruebas complementarias, se puede administrar alguno de los siguientes tipos de anestesia: ANESTESIA GENERAL Y/O ANESTESIA REGIONAL Y/O CUIDADO ANESTÉSICO MONITORIZADO, SEDACIÓN.

Los principales beneficios de la anestesia son:

- Reduce la probabilidad de recuerdos traumáticos asociados al intraoperatorio.
- Controla la respuesta de su corazón, pulmones, cerebro y otros órganos frente al estrés quirúrgico intraoperatorio.
- Brindan condiciones físicas en el paciente adecuados para realizar la cirugía por parte del cirujano.

Por su naturaleza, los actos anestésicos pueden tener los siguientes riesgos para los pacientes:

Náuseas, vómito, escalofrío, alergias, arritmias, alteraciones de la tensión arterial, espasmo de la laringe o los bronquios, aspiración de contenido del estómago al pulmón, lesión dental y/u oral, generación de zonas de presión, lesiones neurológicas, inflamación de las capas que recubren los nervios (aracnoiditis o neuritis), lesiones nerviosas transitorias y/o permanentes, cefalea post punción, infección, lesiones renales, necesidad de cambio de técnica anestésica, complicaciones cardiovasculares, paro cardio-respiratorio, muerte.

Se me ha explicado y he entendido la información solicitada por mí sobre las complicaciones previsibles en mi caso concreto, que consisten en:.....

....., así como la posibilidad de modificación de la técnica anestésica prevista si la situación lo amerita.

Se me ha informado que en algunas circunstancias podría requerirse la utilización de monitorías especiales (catéter intravascular), transfusión de sangre, o necesidad de ir a cuidado intensivo en el post operatorio.

Se me ha dado la posibilidad de hacer preguntas, me han sido aclaradas todas las dudas surgidas respecto al acto anestésico.

Tengo conocimiento que el anestesiólogo que me realizó la consulta de pre anestesia y registró la información en la historia clínica, no necesariamente será quien aplicará la anestesia al momento de la intervención quirúrgica, y queda autorizado el anestesiólogo a cargo para realizar modificaciones que a su juicio profesional crea oportunas.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o persona responsable\*

\*Parentesco :

\_\_\_\_\_  
Firma

No.de identificación:

\_\_\_\_\_  
Testigo\*

\*Parentesco :

\_\_\_\_\_  
Firma

No.de identificación:

\_\_\_\_\_  
Nombre  
del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma

No.de identificación:

Fecha\_\_\_\_\_

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.