Divulgación y Consentimiento – Anestesia y/o tratamiento para el dolor perioperatorio (Analgesia)

PARA EL(LA) PACIENTE: *Usted tiene el derecho, como paciente a ser informado sobre su condición y la anestesia/analgesia que se utilizará para que pueda tomar la decisión de si debe o no recibir anestesia/analgesia después de conocer los riesgos y peligros involucrados de estas. Esta descripción no pretende asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para que esté mejor informado y así pueda dar o negar su consentimiento para la anestesia/analgesia.*

Yo solicito de forma voluntaria que se me administre a mí (el(la) paciente) la anestesia y/o cuidados perioperatorios de tratamiento para dolor (analgesia) como se indica a continuación. Entiendo que será administrada por un anestesista y / o el(la) cirujano(a) y por otros proveedores del cuidado a la salud como sea necesario. Perioperatorio significa el periodo poco antes, durante y justo después del procedimiento.

Entiendo que la anestesia/analgesia implica riesgos y peligros adicionales pero solicito el uso de anestésicos/analgésicos para aliviar el dolor y protegerme del dolor durante el procedimiento previsto al igual que durante cualquier procedimiento adicional. Entiendo que es posible que la anestesia/analgesia pueda ser cambiada sin explicación alguna.

Entiendo que, aunque poco frecuente, pueden ocurrir complicaciones graves como con todos los métodos anestésicos / analgésicos. Algunos de estos riesgos incluyen problemas respiratorios y del corazón, reacciones a fármacos, daños al sistema nervioso, paro cardiaco, daño cerebral, parálisis o muerte.

También entiendo que puedehaberotras complicaciones. Dichas complicaciones incluyen, pero no se limitan a:

Marque el método de anestesia prevista y haga que el(la) paciente o la persona legalmente responsableponga sus iniciales.

☐____ANESTESIA GENERAL - daño a las cuerdas vocales, los dientes, los labios, los ojos; estar consciente durante el procedimiento; disfunción de la memoria / pérdida de la memoria;daño permanente al órgano; daño cerebral.

☐_____BLOQUEO REGIONAL CON ANESTESIA/ANALGESIA- daño al sistema nervioso; dolor persistente; sangrado/hematoma; infección; necesidad médica de utilizar anestesia general; daño cerebral.

☐ _____ANESTESIA/ANALGESIA RAQUÍDEA – daño al sistema nervioso; dolor persistente de espalda; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de utilizar anestesia general; daño cerebral.

☐_____ANESTESIA/ANALGESIA EPIDURAL- daño al sistema nervioso; dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de utilizar anestesia general; daño cerebral.

☐_____CUIDADO ANESTÉSICO MONITORIZADO o SEDANTE/ANALGESIA – disfunción de la memoria/pérdida de memoria; necesidad médica de utilizar anestesia general; daño permanente al órgano; daño cerebral.

Comentarios/riesgos adicionales: _____

_____

PONGA SUS INICIALES AQUÍ _____ Yo entiendo que las órdenes de"No Resucitar" y "No Resucitar Fuera del Hospital" serán anuladas mientras esté bajo los efectos de la anestesia.

Entiendo que no seme ha prometido nada en cuanto a los resultados de los métodos de la anestesia/analgesia.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mis métodos de anestesia, los procedimientos que se practicarán, los riesgos y peligros implicados y las formas alternativas de laanestesia/analgesia. Creo tener la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

Se me ha explicado este formulario por completo, lo he leído o me lo han leído, las casillas en blanco han sido rellenadas y entiendo su contenido.

FECHA:_____ HORA:_____ A.M/P.M.

PACIENTE O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE FIRME AQUÍ: _____

Nombre de el(la) Testigo: _____

Dirección: 1351 W President George Bush Hwy, Richardson, TX 75080

Le expliqué al paciente y/o a la familia, y entienden y aceptan los riesgos, beneficios y alteraciones de la anestesia.

Firma del Proveedor/Médico Anestesista: _____ Fecha: _____