

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMIENTO Y OBJETIVO

- Se me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación, con ANESTESIA.

CARACTERÍSTICAS

- He sido informado/a que para anestesiarme será preciso canalizar una vena por la que se administrarán los sueros y medicamentos, salvo en pacientes pediátricos, donde primero el paciente es dormido y luego se instala catéter venoso.
- Unos electrodos adhesivos colocados en el pecho permitirán el control electrocardiográfico, un aparato medirá la tensión arterial y un dispositivo en el dedo (oxímetro) permitirá conocer la cantidad de oxígeno en mi sangre. Además de acuerdo a la complejidad de su cirugía es posible que se utilicen otro tipo de monitores más complejos y catéteres especiales, instalados en venas centrales o arterias. Si esto fuese necesario, se le explicará el por qué, donde se instalará y los riesgos que ello conlleve.
- En el caso de anestésias diferente a la general, el anestesiólogo administrará el anestésico mediante inyección, y en el caso de la anestesia espinal o peridural, esta será en el dorso; y en caso de anestesia de plexo, ésta será alrededor del nervio periférico
- Igualmente se me ha informado que una vez dormido, durante la anestesia general, será preciso colocar un tubo en la tráquea. Este tubo se conecta a un respirador cuya función es mantener la respiración.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables.
- Excepcionalmente la intubación traqueal puede ser difícil y producir alguna lesión menor dental, o ronquera y/o dolor de garganta post operatorio, y excepcionalmente lesiones más graves.
- De cualquier forma, si ocurriera una complicación durante la anestesia o en el post operatorio inmediato se me ha señalado que la clínica cuenta con todos los recursos profesionales calificados y tecnológicos para resolverlas.
- Debe saber que todos los medios técnicos de la Clínica están disponibles para intentar solucionarla.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven, sin mayor complicación, sin embargo, aunque son excepcionalmente, algunos son tan graves que puedan hasta ocasionar la muerte.
- Se me han dado indicaciones de ayuno antes de la cirugía y suspensión de medicamentos que tomo habitualmente, si procede.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)
 RUT
 Firma

Sr(a)
 RUT
 Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal
 RUT
 Firma
 Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:
 RUT
 Firma
 Fecha