Nombre De La Paciente: _____ Fecha De Nacimento:_____

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN Y CONSENTIMIENTO: ANESTESIA o CONTROL DEL DOLOR PERIOPERATORIO (ANALGESIA)

ANESTHESIA and/or PERIOPERATIVE PAIN MANAGEMENT (ANALGESIA) DISCLOSURE AND CONSENT

PARA EL/LA PACIENTE: Como paciente, tiene derecho a que le informen sobre su condición de salud y la anestesia/analgesia recomendada que se usará, para que pueda decidir si quiere o no recibir la anestesia/analgesia una vez que sepa los riesgos y peligros que conlleva. El objetivo de brindarle esta información no es asustarlo/a ni alarmarlo/a, sino que se trata simplemente de un esfuerzo para que esté mejor informado/a a fin de que pueda dar o denegar su consentimiento para el uso de la analgesia/anestesia.

DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN: Solicito voluntariamente que se me administre anestesia o cuidados para el control del dolor perioperatorio (analgesia) tal como se indica a continuación. Entiendo que la anestesia será administrada por un anestesista o auxiliar de quirófano, o por los proveedores de cuidados de la salud que se consideren necesarios. “Perioperatorio” se refiere al periodo poco antes, durante y poco después del procedimiento.

RIESGOS Y PELIGROS: Entiendo que la anestesia/analgesia conlleva riesgos y peligros adicionales; no obstante, solicito el uso de anestesia/analgesia para el alivio y la prevención del dolor durante los procedimientos previstos y adicionales. Sé que cabe la posibilidad de que sea necesario cambiar el tipo de anestesia/analgesia sin que se me brinde una explicación al respecto.

Entiendo que pueden ocurrir complicaciones graves, pero poco frecuentes, debido al uso de métodos anestésicos/analgésicos. Algunos de estos riesgos incluyen problemas respiratorios y cardíacos, reacciones al fármaco, daño neurológico, paro cardíaco, lesión cerebral, parálisis o muerte.

También entiendo que puedan ocurrir otras complicaciones. Estas complicaciones incluyen, entre otras, las siguientes:

Marque el/los método(s) analgésico(s)/anestésico(s) previsto(s) y solicite al paciente u otra persona legalmente responsable que escriba sus iniciales.

☐ _____ ANESTESIA GENERAL: lesión en las cuerdas vocales, los dientes, labios y ojos; estar consciente durante el procedimiento; trastornos o pérdida de la memoria; lesión permanente de órganos y lesión cerebral.

☐ _____ ANALGESIA/ANESTESIA REGIONAL DEL LADO (***CIRCULE*: DERECHO** / **IZQUIERDO**): daño neurológico; dolor persistente; sangrado/hematoma; infección; necesidad médica de administrar anestesia general y lesión cerebral.

☐ _____ ANALGESIA/ANESTESIA RAQUÍDEA: daño neurológico; dolor persistente de espalda; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de administrar anestesia general y lesión cerebral.

☐ _____ ANALGESIA/ANESTESIA EPIDURAL: daño neurológico; dolor persistente de espalda; dolor de cabeza; infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de administrar anestesia general y lesión cerebral.

☐ _____ SEDACIÓN PROFUNDA: trastornos o pérdida de la memoria; necesidad médica de administrar anestesia general; lesión permanente de órganos y lesión cerebral.

☐ _____ SEDACIÓN MODERADA: trastornos o pérdida de la memoria; necesidad médica de administrar anestesia general; lesión permanente de órganos y lesión cerebral.

Riesgos/comentarios adicionales:

☐ _____ ANESTESIA DURANTE EL EMBARAZO/LA INFANCIA: posibles efectos negativos a largo plazo en la memoria, comportamiento y aprendizaje a causa de la exposición prolongada y repetida a la anestesia/sedación moderada/sedación profunda durante el embarazo/la infancia.

_____

_____

HOSPITAL NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW

TRTCON

_____

PATIENT IDENTIFICATION

Anesthesia and/or Perioperative Pain Management

SIN GARANTÍA: Entiendo que no me han dado garantías acerca de los resultados del uso de métodos anestésicos/analgésicos.

OTROS PROFESIONALES MÉDICOS CALIFICADOS: Entiendo que durante mi tratamiento, otros profesionales médicos calificados que no son médicos podrían participar en mi cirugía, incluso en la administración de la anestesia. Entiendo que dichos profesionales médicos calificados solo realizarán tareas que estén dentro del alcance de su práctica, en virtud de lo dispuesto por la normativa y la legislación estatal, y para las cuales el hospital los haya autorizado.

RESIDENTES: Entiendo que otros médicos que no sean mi médico cirujano, entre los que podría haber residentes, podrían realizar tareas relacionadas con mi cirugía, de conformidad con las políticas del hospital, y en el caso de residentes, en función de sus aptitudes y bajo la supervisión de mi médico.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos de anestesia/analgesia que se me administrarán, los procedimientos que se utilizarán, los riesgos y peligros implícitos, las probabilidades de lograr los objetivos y las formas alternativas de anestesia/analgesia. Considero que cuento con suficiente información para otorgar este consentimiento informado.

También he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los posibles efectos secundarios, riesgos, beneficios y probabilidades de lograr los objetivos durante mi recuperación de la anestesia/analgesia administrada, y considero que cuento con suficiente información para otorgar este consentimiento informado.

Declaro que me han explicado el contenido de este formulario por completo, que lo he leído o me lo han leído, que los espacios en blanco han sido completados y que comprendo su contenido.

PACIENTE U OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE:

_____
(Se requiere su firma) / Signature Required)

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

TESTIGO / WITNESS:

_____
Firma / Signature

_____
Nombre (en letra de imprenta) / Name (Print)

_____
Dirección (calle o apartado postal)[1] / Address (Street or P.O. Box)[2]

_____
Ciudad, estado, código postal / City, State, Zip

[1] Si es empleado del hospital, use la dirección del hospital.
[2] If hospital employee, use hospital address.

HOSPITAL NAME MUST BE FILLED IN BLANK BELOW

TRTCON

_____

PATIENT IDENTIFICATION

Anesthesia and/or
Perioperative Pain Management