

Figure: 25 TAC §601.9(2)

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO: ANESTESIA O
MANEJO DEL DOLOR PERIOPERATORIO
(ANALGESIA)**

AL PACIENTE: *Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre 1) la anestesia o analgesia recomendada que se utilizará y 2) los riesgos relacionados con ambas. Esta información fue diseñada para que usted pueda decidir si da su consentimiento para recibir anestesia o analgesia en el periodo perioperatorio (es decir, poco antes, durante y poco después de un procedimiento). Antes de firmar este formulario, le recomendamos que consulte con su médico o proveedor de atención médica sobre cualquier otra pregunta que pudiera tener.*

Administración de la anestesia o analgesia

_____ El plan es que la anestesia o analgesia sea administrada por (tenga en cuenta que el proveedor indicado puede cambiar en función de la duración del procedimiento u otras circunstancias):

Marque el enfoque planeado y haga que el paciente o representante autorizado ponga sus iniciales:

(Marque una opción)

_____ Médico anestesista Dr. _____ [Nombre]
_____ Dentista anestesista Dr. _____ [Nombre]
_____ Médico no anestesista o dentista Dr. _____ [Nombre]

(Marque todas las opciones que correspondan, si es el caso)

_____ Asistente anestesista certificado _____ [Nombre]
_____ Enfermero anestesista certificado _____ [Nombre]
_____ Médico residente _____ [Nombre]

Los proveedores mencionados pueden explicarle las diferentes funciones de los proveedores y sus niveles de participación en la administración de la anestesia o analgesia.

Tipos de anestesia o analgesia planeados y temas relacionados

Entiendo que la anestesia o analgesia implican riesgos y peligros adicionales. Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento y del estado de salud actual del paciente. Comprendo que el tipo de anestesia o analgesia podría tener que cambiarse, posiblemente sin darme una explicación.

Entiendo que pueden ocurrir complicaciones graves, pero raras, con todos los métodos anestésicos o analgésicos. Algunos de estos riesgos son problemas de respiración y del corazón, reacciones a la medicina, daño nervioso, paro cardiaco, daño cerebral, parálisis o la muerte.

También entiendo que pueden ocurrir otros riesgos o complicaciones dependiendo del tipo de anestesia o analgesia. El tipo de anestesia o analgesia

planeado para mí y los riesgos relacionados con cualquiera de ellos incluyen, entre otros, los siguientes:

Marque los métodos de anestesia o analgesia planeados y haga que el paciente/persona legalmente responsable ponga sus iniciales.

____ ANESTESIA GENERAL (lesión a las cuerdas vocales, los dientes, los labios, los ojos); estar consciente durante el procedimiento; disfunción de la memoria o pérdida de la memoria; daño permanente a órganos; daño cerebral.

____ ANESTESIA O ANALGESIA DE BLOQUEO REGIONAL (daño nervioso); dolor persistente; sangrado o hematoma; infección; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

Lugar: _____.

____ ANESTESIA O ANALGESIA ESPINAL (daño nervioso); dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado o hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

____ ANESTESIA O ANALGESIA EPIDURAL (daño nervioso); dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado o hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

____ SEDACIÓN PROFUNDA (disfunción de la memoria o pérdida de la memoria); necesidad médica de usar anestesia general; daño permanente a órganos; daño cerebral.

____ SEDACIÓN MODERADA (disfunción de la memoria o pérdida de la memoria); necesidad médica de usar anestesia general; daño permanente a órganos; daño cerebral.

Comentarios o riesgos adicionales:

Marque si corresponde y haga que el paciente o el representante legal ponga sus iniciales:

____ ANESTESIA PRENATAL O DE LA INFANCIA TEMPRANA: posibles efectos negativos a largo plazo sobre la memoria, el comportamiento y el aprendizaje con la exposición prolongada o repetida a la anestesia general o sedación moderada o sedación profunda durante el embarazo y la infancia temprana.

Dar consentimiento para la anestesia o analgesia

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos descritos anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre:

1. Formas alternativas de anestesia o analgesia.
 2. Los pasos que se darán durante la administración de la anestesia o analgesia, y
 3. Los riesgos y peligros que conlleva la anestesia o analgesia.
- Considero que he recibido suficiente información para dar este consentimiento informado.
 - Certifico que se me ha explicado completamente el contenido de este formulario y que los espacios en blanco han sido llenados.
 - He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
 - Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las declaraciones anteriores no es aplicable a usted, comuníquese con su médico o proveedor de atención médica antes de continuar.

EL PACIENTE/OTRO REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO (la firma es obligatoria)

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación

con el paciente: _____

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

TESTIGO:

Nombre en letra de molde

Firma

Dirección (calle y número o apartado postal)

Ciudad, estado y código postal