CONSENTIMIENTO INFORMADO DE BAYCARE PARA LOS SERVICIOS DE ANESTESIA

Yo, _____ **(Nombre del Paciente)** en consulta con mi cirujano o especialista, fui informado de que mi procedimiento previsto requerirá servicios de anestesia. Un **Anestesista, un Enfermero Anestesista o un Asistente de Anestesista** (bajo la supervisión directa del Anestesista) estarán atendiendo constantemente durante todo el procedimiento. Entiendo que el método de anestesia que se utilizará está determinado por mi condición física, el tipo de procedimiento, así como la preferencia del doctor/paciente. Este método de anestesia se mantiene mientras dure mi admisión. Esto se aplica, a menos que se retire el consentimiento, que haya habido un cambio sustancial en mi condición, de tal manera que la naturaleza, los beneficios, el riesgo y/o las alternativas asociadas al procedimiento hayan cambiado, o si se va a realizar una técnica anestésica diferente. También entiendo que todas las formas de anestesia implican algún riesgo y que no se pueden dar garantías sobre el resultado de la anestesia o del procedimiento. Aunque escasas, puede haber complicaciones inesperadas con todos los tipos de anestesia. Estas comprenden:

❶ **Entre** los efectos secundarios más comunes se encuentran: dolor de cabeza, dolor de garganta, náuseas, dolor muscular o de espalda.

❷ **Entre** las complicaciones poco frecuentes se encuentran: reacciones alérgicas, infecciones, hemorragias, fractura de dientes, heridas en las cuerdas vocales y heridas en los labios o las encías.

❸ **Entre** las complicaciones extremadamente escasas se encuentran: pulmonía, colapso pulmonar, heridas en los nervios o en los vasos sanguíneos, pérdida permanente de la sensibilidad y/o del movimiento de una extremidad, parálisis, ceguera, infarto de miocardio, apoplejía, daño cerebral o la muerte.

Daños en los dientes: Entiendo que, si mis dientes o encías no están en buen estado, es más probable que se dañen. Entiendo que, si tengo problemas dentales serios como una enfermedad grave de las encías, dientes delanteros sueltos, coronas sueltas, cualquier carilla, o si ya me faltan varios dientes delanteros, entonces el daño dental es mucho más probable con la anestesia. En ese caso, acepto el riesgo y asumo la responsabilidad.

Entiendo que las órdenes de **"NO RESUCITAR"** se suspenderán durante los procedimientos/intervenciones en los que se administre anestesia o sedación moderada o profunda. La solicitud de **mantener** el **estado de no resucitar** durante los procedimientos o intervenciones puede conversarlo en cada caso particular el paciente o su representante; la decisión final sobre la manera de proceder la tomará el anestesista/doctor después de considerar mis deseos expresados.

El anestesista revisó el plan que figura a continuación con una breve descripción de los resultados esperados, la técnica y los riesgos específicos. Entiendo que puedo analizar el plan antes del procedimiento. Por mi seguridad o comodidad, es posible que este plan tenga que modificarse antes o durante la intervención.

Procedimiento de Anestesia - Resultado Esperado	**Técnica**	**Riesgos**
☐ **Anestesia General** - Estado de inconsciencia total, sin conciencia ni sensación. Si no hay gases anestésicos, entonces se denomina **TIVA**.	El medicamento se inyecta vía intravenosa (IV) o se introduce hacia los pulmones con un tubo o dispositivo de respiración colocado. **La Total IntraVennous Anesthesia (TIVA)**, anestesia total intravenosa es solo intravenosa.	Dolor de garganta, heridas en la boca o en los dientes, pulmonía, heridas en los vasos sanguíneos o en los nervios, infarto de miocardio o apoplejía
☐ **Espinal** ☐ **Epidural** ☐ **Caudal** Disminución o pérdida temporal de la sensibilidad y/o del movimiento de la parte inferior del cuerpo.	El medicamento se inyecta a través de una aguja o catéter en el **líquido cefalorraquídeo** (no en la médula espinal) o justo fuera del canal espinal (el **Espacio Epidural**)	Dolor de cabeza, dolor de espalda, infección, hemorragia, heridas en los nervios o vasos sanguíneos, adormecimiento o debilidad persistentes.
☐ **Bloqueo nervioso** – Pérdida temporal de la sensibilidad y/o del movimiento en una extremidad o área: ☐ Interescalénico ☐ Supraclavicular ☐ Poplíteo/Ciático ☐ Safeno ☐ Femoral ☐ Tobillo ☐ Transversus Abdominus Plane (TAP), plano transversal del abdomen ☐ Otro:	El medicamento se inyecta cerca de un nervio o conjunto de nervios para administrar la anestesia y aliviar el dolor en un área específica del cuerpo. ☐ **Lado Derecho** ☐ **Lado Izquierdo** (Marque el lado o lados que correspondan)	Infección, hemorragia, adormecimiento o debilidad persistente, dolor, convulsiones o bloqueo fallido.
☐ **Cuidados Anestésicos Monitoreados** - Reducción del dolor y la ansiedad; amnesia parcial o total	Se inyecta un medicamento por vía IV para provocar un estado de sedación o semiconsciencia. También se denomina **TIVA.**	Dolor, ansiedad, conciencia, inconsciencia, depresión respiratoria, anestesia general.
☐ **Inserciones de Líneas Venosas Centrales / Intracardíacas.**	Colocación de catéteres de monitoreo en un vaso sanguíneo principal o en el corazón y los pulmones.	Hemorragias, infecciones y/o daños en los vasos sanguíneos, el corazón o los pulmones.
☐ **Colocación de Sonda de Transesophageal Echocardiogram (TEE), ecocardiograma transesofágico.**	Sonda de diagnóstico flexible, colocada a través del orificio de la boca hacia el esófago/estómago.	Posibles heridas en los labios, dientes, encías, garganta, cuerdas vocales, esófago o estómago.

Leí y entendí este formulario (o me lo leyeron) y tuve la oportunidad de analizar el plan, sus riesgos y beneficios, así como las alternativas. También entiendo que me reuniré con el anestesista antes del procedimiento y tendré una mayor oportunidad de hacer preguntas. Este consentimiento se da libre y voluntariamente.

X_____ ☐**DNR** Estado Anulado _____ _____

FIRMA DEL PACIENTE (o persona legalmente autorizada) | (Marque si corresponde) | Parentesco con el paciente | Motivo de la firma de otra persona que no sea el paciente

_____ _____ _____ _____

FIRMA DEL TESTIGO N.º 1 | **Fecha / Hora** | **FIRMA DEL TESTIGO N.º 2 (si corresponde)** | **Fecha / Hora**

_____ **MS -** _____ _____

FIRMA DEL DOCTOR / ANESTESISTA | **Número de Identificación** | **Fecha / Hora**

1478

INFORMED CONSENT FOR ANESTHESIA SERVICES
BC 7146 Rev. 11/22

PATIENT

DO NOT PLACE LABEL ABOVE THIS LINE

DO NOT PLACE LABEL BELOW THIS LINE