

## Ophthalmology Anesthesia Services Consentimiento Informado Para Servicios de Anestesia

Mi medico me ha explicado que yo voy a tener una operación o procedimiento. El/Ella también me ha explicado los riesgos del procedimiento, tratamientos alternos y me ha dicho sobre el resultado esperado y que puede suceder si mi condición continua sin tratarse. Yo entiendo que los servicios de anestesia son necesarios para que mi medico pueda efectuar la operación o procedimiento.

Se me ha explicado que toda forma de anestesia tiene algunos riesgos y que ninguna garantía o promesas pueden ser hechas concernientes a los resultados de mi procedimiento o tratamiento. Aunque raras, complicaciones severas inesperadas con anestesia pueden ocurrir e incluyen la posibilidad remota de infección, sangramiento, reacción a las drogas, coágulos de sangre, perdida de sensación, perdida de funcionamiento de las extremidades, parálisis, ataque aplopetico, daño cerebral, depresion respiratoria, ataque de corazón o muerte. Yo entiendo que estos riesgos aplican a toda forma de anestesia y que riesgos adicionales específicos han sido identificados abajo a como se apliquen a un tipo de anestesia específico. Es imposible incluir en este consentimiento todas las complicaciones asociadas con anestesia y por lo tanto cualquier complicacion especifica que una persona tenga con un anestésico no puede ser incluida en este consentimiento. Yo entiendo que el tipo(s) de servicio de anestesia marcado abajo será usado para mi procedimiento y que la técnica anestésica a ser usada es determinada por muchos factores incluyendo mi condición física, el tipo de procedimiento mi medico ha de hacer, su preferencia, como mi propio deseo también. Se me ha explicado que algunas veces una técnica anestésica la cual envuelve el uso de anestésicos locales, con o sin sedativo, puede o no tener éxito completo, y de otra manera tener que usar otra técnica, incluyendo anestesia general.

La administracion de anestesia regional y cirugia requiere de la cooperacion de el paciente y el paciente necesita comprender que cualquier movimiento inesperado de su parte durante la administracion de la anestesia y durante la cirugia, estando sedado o no, puede causar lesion grave a el paciente.

<input type="checkbox"/> <b>Anestesia General</b>	Resultados Esperados	Estado inconsciente total, posible colocación de un tubo dentro de su traquea.
	Tecnica	Droga inyectada a la corriente sanguínea, respiración a los pulmones, o por otras rutas.
	Riesgos	Nausea, vomito, dolor en la boca o garganta, ronquera, herida a boca o dientes, conciencia bajo anestesia, herida a las venas, aspiración, neumonía, reacciones alergicas a medicinas, coagulos sanguineos, perda de vida o funcion corporal.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

<input type="checkbox"/> <b>Bloqueo Nervio Mayor/Menor</b> (anestesia regional) <input type="checkbox"/> Con sedativo <input type="checkbox"/> Sin sedativo  _____ (Iniciales)	Resultados Esperados	Perdida temporera de sentido y/o movimiento de una extremidad especifica o área.
	Tecnica	Droga inyectada cerca de nervios Proveyendo perdida de sensacion a la area de la operacion
	Riesgos	Perforacion del globo ocular, posible languidez del parpado, destruccion del nervio optico, interferencia con la circulacion de la retina, vision doble, infeccion, convulsiones, depresion respiratoria, debilidad, entumecimiento persistente , dolor residual, herida a las venas o nervios, perdida temporera o permanente de vision, reaccion alergica a medicamentos, presion baja.
<input type="checkbox"/> <b>Cuidado Anestesia Monitorizado</b> (con sedativo)  _____ (Iniciales)	Resultados Esperados	ansiedad y dolor reducido, amnesia parcial o total.
	Tecnica	Droga inyectada a la corriente sanguínea, respiración a los pulmones, o por otras rutas. produciendo un estado de semi-conciencia
	Riesgos	Un estado inconsciente, depresión de la respiración, heridas a las venas y reaccion alergica a medicamentos.
<input type="checkbox"/> <b>Cuidado Anestesia Monitorizado</b> (sin sedativo)  _____ (Iniciales)	Resultados Esperados	Medidas de signos vitales, proveedor de anestesia disponible para intervencion futura.
	Tecnica	Ninguna.
	Riesgos	Alza de conciencia, ansiedad y/o incomodidad.

Yo autorizo la divulgación de cualquier información medica necesaria para procesar mi reclamación de seguro.

Yo autorizo el pago de beneficios por servicios de anestesia provistos a Ophthalmology Anesthesia Services, LLC.

Yo por la presente consiento a los servicios de anestesia marcados arriba y autorizo que sean administrados por \_\_\_\_\_ / Ophthalmology Anesthesia Services, los cuales están acreditados a proveer servicios de anestesia en esta facilidad de salud. Yo consiento también a un tipo de anestesia alterna, si es necesario, como sea considerado por ellos. Yo deseo expresamente que las siguientes consideraciones sean observadas (o escriba “ninguna”) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

YO CERTIFICO Y RECONOZCO QUE HE LEIDO ESTA FORMA O SE ME HA SIDO LEIDO, QUE YO ENTIENDO LOS RIESGOS, ALTERNATIVAS Y LOS RESULTADOS ESPERADOS DE LOS SERVICIOS DE ANESTESIA Y QUE HE TENIDO AMPLIO TIEMPO PARA HACER PREGUNTAS Y CONSIDERAR MI DECISION.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Cuando el Paciente es un menor o incompetente para dar consentimiento:

Paciente es a menor de \_\_\_\_\_ anos de edad o es incapaz de firmar porque \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada a dar consentimiento por el Paciente \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**Yo por la presente certifico que he discutido la administración de anestesia, riesgos, y/o alternativas con el paciente y/o su representante.**

\_\_\_\_\_ C.R.N.A.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora