

**Ophthalmology Anesthesia Services**  
**(Servicios de anestesia oftalmológica)**  
**Consentimiento informado para servicios de anestesia**

Mi doctor me ha explicado que se me someterá a una operación o procedimiento para mi tratamiento. También me ha explicado los riesgos del procedimiento, me ha asesorado en tratamientos alternativos y me ha informado sobre los resultados esperados y lo que podría suceder si mi condición no es tratada. También comprendo que los servicios de anestesia son necesarios para que mi doctor pueda llevar a cabo la operación o procedimiento.

Se me ha explicado que todas las formas de anestesia conllevan algunos riesgos y no se puede garantizar o prometer ningún resultado de mi procedimiento o tratamiento. Aunque esporádicas e inesperada, pueden ocurrir complicaciones severas con la anestesia incluyendo la remota posibilidad de infección, sangrado, reacción a las drogas, coágulos sanguíneos, pérdida de la sensación, pérdida de la función del limbo, parálisis, embolia, daño cerebral, respiración comprometida, infarto o la muerte. Comprendo que estos riesgos aplican a todas las formas de anestesia y que a continuación se han identificado riesgos adicionales específicos que pueden aplicarse a tipos específicos de anestesia. Es imposible listar todas las complicaciones asociadas con la anestesia en este consentimiento y por lo tanto cualquier complicación específica que una persona experimente con un tipo de anestesia podría no incluirse en este formulario. Comprendo que los tipos de servicios de anestesia que se marquen a continuación serán usados para mi procedimiento y que las técnicas de anestesia a usarse se determinarán por muchos factores, incluyendo mi condición física, el tipo de procedimiento que realizará mi doctor, sus preferencias, así como mis deseos. Se me ha explicado que algunas veces una técnica de anestesia, que conlleva el uso de anestesia local con sedantes o sin ellos, podría no tener éxito total, en cuyo momento se evaluarán mayores alternativas para determinar las medidas a emplearse.

La administración de anestesia local y la cirugía requerirán la completa cooperación del paciente y debe comprender que los movimientos inesperados hechos por él/ella durante la administración de la anestesia y durante el procedimiento quirúrgico, ya sea con sedantes o sin ellos, pueden causarle una lesión severa.

<input type="checkbox"/> <b>Bloqueo de nervio menor/mayor (anestesia local)</b>  <input type="checkbox"/> Con sedante	Resultados esperados	Pérdida temporal de sensación o movimiento en áreas específicas o el limbo
	Técnicas	Medicamento inyectado cerca de los nervios generando la pérdida de sensación en el área de la operación.
	Riesgos	Perforación del globo ocular, posible caída del párpado, destrucción del nervio óptico, interferencia con la circulación en la retina, doble visión, infección, convulsiones, dificultad para respirar o respiración comprometida, debilidad, entumecimiento persistente, dolor residual, lesión en los vasos sanguíneos, pérdidas de la visión temporal o permanente, reacciones alérgicas a drogas o hipotensión (baja presión sanguínea)

<input type="checkbox"/> <b>Cuidado monitoreado de anestesia</b> (con sedante)  _____ (Iniciales)	Resultados esperados	Reduce ansiedad, dolor, amnesia parcial o total.
	Técnica	La droga se inyecta en el flujo sanguíneo o por otras rutas produciendo un estado de consciencia relajado.
	Riesgos	Un estado inconsciente con respiración comprometida, herida a los vasos sanguíneos y reacciones alérgicas a las drogas.

Autorizo la divulgación de información médica necesaria para el proceso de reclamación de mi seguro.

Autorizo el pago de los beneficios por servicios de anestesia proporcionados a Ophthalmology Anesthesia Services, LLC. (Servicios de Anestesia Oftalmológica)

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Acepto la total responsabilidad financiera por mis cuentas con Ophthalmology Anesthesia Services, ya sea que los pague el seguro o no lo haga. Comprendo que soy responsable por todos los cargos no pagados por mi seguro y acuerdo pagar cualquier saldo no pagado en mi cuenta en no más de 90 días después de la fecha de servicio.

Por medio de la presente doy mi consentimiento para el servicio de anestesia indicado aquí y autorizo su administración por parte de \_\_\_\_\_ / Ophthalmology Anesthesia Services, los cuales están autorizados a proporcionar servicios de anestesia en esta instalación de salud. También autorizo un tipo de anestesia alternativa de ser necesaria, de acuerdo con su consideración. Expresamente deseo que se observen las siguientes consideraciones (o escriba “ninguna”) NINGUNA

**CERTIFICO Y RECONOZCO QUE HE LEÍDO ESTE FORMULARIO O QUE ME LO HAN LEÍDO Y QUE ENTIENDO LOS RIESGOS, ALTERNATIVAS Y RESULTADOS ESPERADOS DEL SERVICIO DE ANESTESIA, ASÍ COMO QUE TUVE SUFICIENTE TIEMPO PARA HACER LAS PREGUNTAS QUE CONSIDERÉ NECESARIAS PARA MI DECISIÓN.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Cuando el paciente es un menor o no puede dar su consentimiento:

Paciente es menor de \_\_\_\_\_ años o no puede firmar porque \_\_\_\_\_

Firma de la persona autorizada para dar el consentimiento por el paciente \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

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

Traductor/interprete (nombre en letra de molde, dirección y número de teléfono) \_\_\_\_\_

**Certifico que he hablado sobre la administración de anestesia, sus riesgos, beneficios y/o alternativas con el paciente y/o su representante.**

\_\_\_\_\_ CRNA Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_