

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIA

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: .....Apellidos.....

### 2.- INFORMACIÓN GENERAL.

La anestesia tiene por finalidad poder realizar un procedimiento o cirugía sin dolor. Dependiendo del tipo de intervención, se le propondrá alguna de las siguientes opciones: anestesia local, sedación analgésica, anestesia regional o anestesia general. En caso de programarse una técnica regional o general, usted será interiorizado del procedimiento directamente por el anesthesiólogo previo a su cirugía. Por razones técnicas o clínicas del momento quirúrgico, el anesthesiólogo puede optar por cambiar o complementar a anestesia general una sedación o anestesia regional preestablecida.

Todo acto anestésico tiene riesgo de originar efectos no deseados, reacciones alérgicas, dificultades técnicas en su administración y/o complicaciones. Si bien la mayoría de las anestésicas concurren sin incidentes y son bien toleradas, ocasionalmente se observa:

- Despertar anestésico con algún grado de agitación sicomotora (transitoria).
- Molestias en la garganta y/o ronquera.
- Náuseas y/o vómitos.
- Dolor en sitio de punción venosa y necesidad de reinstalación de vía venosa.
- Dolor, hematomas y/o evidencias de traumatismo, relacionados con la técnica anestésica (dental, buco-faríngeo, cervical, lumbar u otro).
- Las intervenciones quirúrgicas se realizan bajo protocolos clínicos estrictos, con monitorización preventiva de las variables dependientes de la cirugía y/o anestesia -- minimizando el riesgo asociado. Excepcionalmente se presentan complicaciones mayores cardíacas, respiratorias, metabólicas y /o neurológicas

Para todas las intervenciones, usted deberá:

- Haber cumplido un ayuno previo a la hora quirúrgica de 8 horas. En niños menores de 6 años se reduce a 6 horas. En lactantes corresponden 4 hrs.
- No se exige ayuno a intervenciones con anestesia local.
- En relación a medicamentos: dar a conocer los que está usando y antecedente de reacciones alérgicas a alguno usado con anterioridad.
- No estar haciendo uso de aspirina, neosintrón u otro anticoagulante.
- Referir a su médico tratante y oportunamente al anesthesiólogo problemas o complicaciones en relación a anestésicos anteriores.
- Concurrir a su intervención con los exámenes que se le pueden haber solicitado.
- Considerar que las circunstancias del trabajo de Pabellón (urgencias y otros), puede alterar el horario preestablecido para su ingreso.
- Informar a su médico acerca de cualquier situación diferente.

Finalmente, he comprendido los objetivos de la anestesia, sus características y potenciales riesgos y que el médico me ha aclarado todas las dudas que he planteado, y sé también que puedo revocar mi consentimiento, lo que será debidamente documentado y firmado por mí en el documento de Rechazo o revocación de consentimiento informado.

### 3. DECLARO

Por el presente documento consiento y acepto que se realice a mí o mi familiar la modalidad de anestesia:.....

### 4. CONSENTO

En Los Andes .....de..... del 201.....

RUN. .... Firma Paciente.....

### REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: ..... Apellidos.....,

RUN. .... Firma Representante legal.....

### IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. .... Firma médico.....