

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

FECHA .....

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente ..... Edad .....

Nombre y apellidos (Representante legal) .....

DIAGNÓSTICO: .....

### PROCEDIMIENTO Y OBJETIVO

- Se me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación, con ANESTESIA.

### CARACTERÍSTICAS

- He sido informado/a que para anestesiarme será preciso canalizar una vena por la que se administrarán los sueros y medicamentos, salvo en pacientes pediátricos, donde primero el paciente es dormido y luego se instala catéter venoso.
- Unos electrodos adhesivos colocados en el pecho permitirán el control electrocardiográfico, un aparato medirá la tensión arterial y un dispositivo en el dedo (oxímetro) permitirá conocer la cantidad de oxígeno en mi sangre. Además de acuerdo a la complejidad de su cirugía es posible que se utilicen otro tipo de monitores más complejos y catéteres especiales, instalados en venas centrales o arterias. Si esto fuese necesario, se le explicará el por qué, donde se instalará y los riesgos que ello conlleve.
- En el caso de anestесias diferente a la general, el anestesiólogo administrará el anestésico mediante inyección, y en el caso de la anestesia espinal o peridural, esta será en el dorso; y en caso de anestesia de plexo, ésta será alrededor del nervio periférico
- Igualmente se me ha informado que una vez dormido, durante la anestesia general, será preciso colocar un tubo en la tráquea. Este tubo se conecta a un respirador cuya función es mantener la respiración.

### RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables.
- Excepcionalmente la intubación traqueal puede ser difícil y producir alguna lesión menor dental, o ronquera y/o dolor de garganta post operatorio, y excepcionalmente lesiones más graves.
- De cualquier forma, si ocurriera una complicación durante la anestesia o en el post operatorio inmediato se me ha señalado que la clínica cuenta con todos los recursos profesionales calificados y tecnológicos para resolverlas.
- Debe saber que todos los medios técnicos de la Clínica están disponibles para intentar solucionarla.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven, sin mayor complicación, sin embargo, aunque son excepcionalmente, algunos son tan graves que puedan hasta ocasionar la muerte.
- Se me han dado indicaciones de ayuno antes de la cirugía y suspensión de medicamentos que tomo habitualmente, si procede.

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

#### MÉDICO/PROFESIONAL

#### PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a) .....  
 RUT .....  
 Firma .....

Sr(a) .....  
 RUT .....  
 Firma .....

### NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal .....  
 RUT .....  
 Firma .....  
 Fecha .....

### REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente .....)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT .....  
 Firma .....  
 Fecha .....