



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA

Yo, _____ de _____ Años de edad, con Cedula Número _____, manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté a REDSALUDARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me practique:

Procedimiento: _____

Técnica Anestésica: _____

Declaración del Paciente:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario.
2. Entiendo que el anestesiólogo empleara todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración. Se pueden presentar otra clase de complicaciones y eventos adversos descritos en la literatura médica, pero los principales son:

Anestesia general y sedación: Complicaciones de la instrumentación y manejo de la vía aérea, ronquera temporal o permanente, fractura y/o pérdida de dientes, bronco aspiración, laringoespasma, broncoespasmo, efectos colaterales y reacciones alérgicas a medicamentos, lesiones neurológicas por posición, flebitis y trombosis venosa, alteraciones cognitivas y psicomotoras (coma), arritmias cardiacas, convulsiones, hipertermia maligna, paro cardiorespiratorio y muerte.

Anestesia conductiva neuroaxial (Raquídea o Peridural): Hematoma o infección en el sitio de la punción, absceso o hematoma epidural, meningitis, lesión neurológica, dolor de cabeza, dolor lumbar, aracnoiditis, mielitis, síntomas neurológicos transitorios, neurotoxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, reacciones alérgicas, paro cardiorespiratorio y muerte.

Bloqueos regionales y anestesia local: Hematoma o absceso en el sitio de la punción, lesión neurológica transitoria o permanente, convulsiones, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor, limitación funcional, reacciones alérgicas, paro cardiorespiratorio y muerte.

Riesgos Propios del paciente:

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes (diabetes, hipertensión enfermedad coronaria, etc.) y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos impredecibles (reacciones alérgicas y/o idiosincráticas a medicamentos, productos sanguíneos y/o elementos de monitoria).

La anestesia será suministrada por uno de los anestesiólogos de la entidad, quien podrá ser diferente al de la consulta preanestésica.

3. Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita al inicio y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ARMENIA QUINDÍO
NIT. 801001440-8**

4. Doy mi consentimiento para la aplicación de la terapia transfusional de los diferentes componentes sanguíneos si fuese necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y los riesgos inherentes a cada uno.
5. Entiendo que en caso de no aceptar la técnica propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Anestesiólogo(s) Responsable(s)

He (hemos) informado al paciente la naturaleza y propósito del plan anestésico descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Anestesiólogo Paciente

C.C. R.M.

C.C.

Testigo Ciudad y Fecha

C.C.

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Sé que el paciente ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba.

He leído el documento y el anestesiólogo me ha expresado de manera satisfactoria que es, como se administra y para qué sirve este acto anestésico. También me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones. He comprendido perfectamente todo lo anterior y por ello YO _____ con C.C. _____ doy mi consentimiento para la realización del mismo.

Familiar o tutor _____ **Ciudad y Fecha:** _____

DESISTIMIENTO PARA ADMINISTRACION DE LA ANESTESIA

Yo, _____ con documento de identidad n° _____ manifiesto en forma expresa que luego de ser informado(a) ampliamente sobre los beneficios, indicaciones y complicaciones de la anestesia (Tipo: _____) por parte del personal de REDSALUDARMENIA E.S.E, DECIDO NO AUTORIZAR el mencionado procedimiento.

Para constancia:

Paciente _____ **Medico** _____

Acompañante _____ **Ciudad y Fecha** _____