

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ANESTESIA

Por el presente autorizo, doy mi consentimiento y solicito que **Anesthesia Associates Northwest (AANW)** realice la anestesia que considere necesaria para mi procedimiento. He tenido la oportunidad de que se respondan o aborden todas mis preguntas o preocupaciones relacionadas con mis cuidados de anestesia.

- Sedación profunda (TIVA con Propofol) Deep Sedation (TIVA with Propofol)**: Fármaco que se inyecta en el torrente sanguíneo y produce un estado de inconsciencia. El paciente puede responder expresamente después de una estimulación repetida o dolorosa. Generalmente se mantiene la respiración espontánea. Generalmente se mantiene la función cardiovascular. Puede ser necesaria la intervención de las vías respiratorias.
- MAC (sedación consciente) MAC (Conscious Sedation)**: Fármaco inyectado en el torrente sanguíneo para producir sedación sin pérdida de conocimiento. El paciente es capaz de responder expresamente a las órdenes verbales. Se mantiene la respiración espontánea. Generalmente se mantiene la función cardiovascular.

Se me informó y entiendo que ocasionalmente hay efectos secundarios por la anestesia, incluso, por ejemplo, algunas complicaciones poco comunes. Entiendo que en raras ocasiones las complicaciones pueden requerir hospitalización con el fin de brindar la atención continua adecuada.

### **Efectos secundarios:**

Dolor de garganta  
Dolor de cuello/mandíbula  
Náuseas o vómitos  
Dolor o lesión en el sitio de la IV  
Lesión dental  
Hinchazón  
Sangrado nasal

### **Complicaciones poco comunes:**

Reacción adversa a los fármacos  
Problemas respiratorios  
Aspiración  
Presión arterial o frecuencia cardíaca baja  
Ritmo cardíaco anormal  
Parálisis  
Ataque cardíaco/accidente cerebrovascular  
Muerte

Comprendo la importancia de proporcionarles a mis proveedores de atención médica mis antecedentes médicos completos, incluso la necesidad de informar todos los medicamentos que estoy tomando, tanto recetados como de venta libre. También entiendo que mi consumo de remedios herbales, alcohol o cualquier tipo de droga ilegal puede provocar graves complicaciones y también lo debo informar. Asimismo, entiendo que también debo informar todas las complicaciones que hayan surgido por anestesisas previas.

Reconozco que he leído este formulario, o me lo han leído, que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del servicio de anestesia y que he tenido suficiente tiempo para hacer preguntas y considerar mis decisiones.

Al firmar este documento declaro que se me ha informado que determinados medicamentos anestésicos pueden ser perjudiciales para los niños en gestación cuando se administran durante el embarazo. He tenido la oportunidad de aclarar todas las preguntas relacionadas con la anestesia o la endoscopia durante el embarazo y todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente.

Asimismo declaro que  **No estoy embarazada**       **Estoy embarazada**       **N/C**  
I further represent that **I am not pregnant**      **I am pregnant**      **N/A**

y por el presente autorizo al centro de atención médica y a **AANW** a realizar la colonoscopia/endoscopia con anestesia, según lo que mi anestesista considere adecuado.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal  
Patient or Legal Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time

\_\_\_\_\_  
Firma del anestesista  
Anesthesia Provider's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date

\_\_\_\_\_  
Hora  
Time