

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA GENERAL**

FECHA: .....

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

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

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación, con **ANESTESIA GENERAL**

He sido informado/a que para anestesiarme será preciso canalizar una vena por la que se administrarán los sueros y medicamentos. Igualmente se me ha informado que una vez dormido, durante la anestesia, será preciso colocar un tubo en la tráquea. Este tubo se conecta a un respirador cuya función es mantener la respiración. Unos electrodos adhesivos colocados en el pecho permitirán el control electrocardiográfico y un aparato medirá la tensión arterial y un dispositivo en el dedo (oxímetro) permitirá conocer la cantidad de oxígeno en mi sangre

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha informado que, mediante este procedimiento y debido al efecto de los fármacos estaré dormido y relajado durante la cirugía

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

No tiene.

**RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS 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. 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 con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

Se me han dado indicaciones de ayuno antes de la cirugía, sí como qué medicamentos que tomo habitualmente debo suspender, en mi caso son: .....

**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS**

.....  
.....  
.....

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de anestesia, así como de los riesgos que ella implica. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados durante la anestesia y, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.



DECLARACION 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.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). .....

Sr(a). .....

RUT. ....

RUT. ....

Firma: .....

Firma: .....

NEGACION (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:.....

REVOCACION

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:.....

