

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA REGIONAL

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 REGIONAL (.....)

He sido informado/a que para anestesiarme el anestesiólogo administrará el anestésico mediante inyección, que en el caso de la anestesia raquídea será a nivel de mi columna vertebral. Se me ha informado que durante la operación con este tipo de anestesia permaneceré despierto o ligeramente sedado y que será necesario también canalizar una vena antes de proceder con el bloqueo espinal.

Se me ha comunicado que en ocasiones, la anestesia raquídea puede no conseguir un nivel de bloqueo suficiente y es necesario recurrir a una anestesia general.

Unos electrodos adhesivos colocados en el pecho permitirán controlar los latidos cardíacos. También se le colocará un aparato que medirá la presión arterial y un dispositivo en el dedo (oxímetro) para conocer la cantidad de oxígeno en la sangre.

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que, mediante este procedimiento y debido al efecto de los fármacos estaré despierto o ligeramente sedado.

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Anestesia General.

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, se me ha comunicado que en el post operatorio pueden surgir algunas molestias, tales como dolor de cabeza o de espalda, que desaparecen en los días posteriores. Es posible que, después de este tipo de anestesia, queden molestias en la zona con sensación de acorchamiento u hormigueo, generalmente pasajeros. 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.

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).
 RUT.
 Firma:

Sr(a).
 RUT.
 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:.....

