



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION Y AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTO ANESTESICO

San Agustín Tlaxiaca, Hgo., a _____

Nombre _____ Edad: _____

Identificación: _____ Expediente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

YO _____ AUTORIZO (El paciente o la persona legalmente responsable): La administración de anestésicos bajo la dirección de un médico-anestesiólogo para la práctica privada. Se me ha informado y explicado ampliamente la administración de medicamentos anestésicos y acepto permitir una o más de las siguientes formas de anestesia como la más adecuada de acuerdo al procedimiento quirúrgico.

- **ANESTESIA GENERAL.**- Consiste en proporcionar al paciente un estado reversible de pérdida de la conciencia, también en proporcional analgesia, y relajación muscular, para ello es preciso realizar la punción de una vena (central o periférica), y la introducción de un pequeño catéter por el que se ponen sueros y medicamentos según la situación del paciente y el tipo de cirugía prevista. Al estar dormido y relajado, es necesario mantener la respiración de forma artificial, para ello se necesita colocar un dispositivo a través de la nariz o de la boca (tubo nasotraqueal, orotraqueal, mascarilla laríngea u otro), que llega a la faringe o a la tráquea. Este dispositivo se conecta a un aparato de respiración artificial cuya función será mantener la respiración.
- **ANESTESIA REGIONAL.**- Es la aplicación de anestésicos cerca de grandes nervios que en forma temporal provocaran pérdida de la sensibilidad y movimiento en algunas partes de mi cuerpo.
- **ANESTESIA LOCAL.**- Con fármacos locales, acompañados de sedantes intravenosos o sin ellos, si la anestesia regional o local no es satisfactoria, acepto que se me administren fármacos para realizar una anestesia general.

RIESGOS EN ANESTESIA LOCAL - REGIONAL

1. En ocasiones excepcionales, como consecuencia de la dificultad que se presenta el colocar el anestésico local en un punto específico, puede pasar rápidamente a la sangre y/o al sistema nervioso central, que puede acompañarse de complicaciones graves, tales como: alteraciones en la presión arterial, alteraciones en el corazón, alteraciones en la respiración, pérdida de la conciencia, temblores intensos, convulsiones y para cardíaco o para cardiorrespiratorio. Habitualmente, estas complicaciones se solucionan, pero en ocasiones, pueden ser tan severas, que obliguen a no realizar el procedimiento quirúrgico, o bien, realizarlo con anestesia general.
2. Después de la realización de la anestesia local-regional en la columna vertebral, puede generar dolor de cabeza o de espalda, que pueden desaparecer en días posteriores, de no ser así puede necesitar, tratamiento médico.
3. Después de la anestesia local-regional en la proximidad de un nervio, pueden surgir, alteraciones en la sensibilidad de la zona cercana o lejana, según la trayectoria del nervio, con sensación de hormigueo; en ocasiones se presentan alteraciones de movilidad para realizar movimientos precisos.
4. Después de la anestesia local-regional, pueden presentarse diferentes síntomas como: vómito, náusea, mareo, dificultad en la respiración, aumento o disminución de los latidos del corazón, disminución de la presión arterial, temblores, que en general son consideradas como molestias, pero que pueden llegar a ser en pocos casos, complicaciones.
5. La utilización de sueros y/o medicamentos, son imprescindibles para el procedimiento anestésico, excepcionalmente, pueden producir respuestas alérgicas que son independientes al tratamiento anestésico, y que se consideran respuestas individuales en cada paciente, por lo que no son prevenibles, es importante que si usted es alérgico a algún medicamento, alimento o material (metales, yodo, látex, etc.) lo mencione de manera oportuna antes de realizarse cualquier procedimiento anestésico.

RIESGOS EN ANESTESIA GENERAL

1. Pueden ser : daño o pérdida de una o más piezas dentales, dolor de espalda (por la posición durante la cirugía) dolor en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas a la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca, tos, aspiración de contenido gástrico (broncoaspiración), descompensación de mis enfermedades crónicas,

alteraciones en el corazón, del riñón, del pulmón, alteraciones de la presión arterial, y reacciones alérgicas a medicamentos, todas ellas pudieran provocar secuelas permanentes o incluso llevar al fallecimiento.

2. Posibles accidentes producidos por el instrumental médico anestésico utilizado, tales como: hojas de laringoscopio, pinzas de Maguil, guías para intubación, sondas endotraqueales, cánulas de Guedel, mascarilla laríngea y/o facial, fibrobroncoscopio, y otros accesorios para la realización del procedimiento anestésico
3. Se me informó que estoy predispuesto (a) a presentar una respuesta alérgica, reacciones adversas o efectos no deseables a los anestésicos, medicamentos y sueros utilizados durante el procedimiento anestésico, mismas que pueden generar complicaciones en mi cuerpo, el requerir tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos e inclusive, poner en riesgo mi vida.

Entiendo que durante el curso de la anestesia y procedimiento quirúrgico pueden surgir cambios imprevistos en mi estado clínico que obliguen a modificaciones de la atención que se me brinda, principalmente en un procedimiento de urgencia. En este caso el anestesiólogo encargado de mi procedimiento actuará como guardián de mis intereses teniendo como prioridad mi vida.

BENEFICIOS

El propósito de la anestesia local - regional y/o general, es permitir la realización de una intervención quirúrgica sin dolor y que se pueda llevar a cabo, el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado para intentar mejorar mi estado de salud.

POSIBLES ALTERNATIVAS

(anotar el procedimiento médico propuesto)

con base a mi derecho inalienable de elegir a mi Médico, acepto al Dr. (a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por la cédula profesional número _____ y cédula de especialista número _____

Certifico hasta donde tengo entendimiento, que he señalado al anestesiólogo que ha obtenido este consentimiento las siguientes afirmaciones:

- Todas las enfermedades graves que he sufrido y su tratamiento.
- Todas las anestесias que he recibido anteriormente y sus complicaciones, hasta donde llega mi entendimiento.
- Todos los fármacos que recibí anteriormente (12 meses antes) y que he respondido con la verdad a todas las preguntas planteadas por el anestesiólogo.

Se me ha explicado la naturaleza y la finalidad de la asistencia anestésica y he tenido la oportunidad de plantear todas las preguntas y han sido resueltas. Entiendo que puedo retractarme y anular este consentimiento en cualquier momento antes de administrarme los anestésicos y medicamentos que se eligieron con lo que el acto anestésico-quirúrgico quedara diferido. En el caso de embarazo entiendo que los anestésicos cruzan la placenta y anestesian temporalmente al feto; son muy raras las complicaciones que este sufre por la anestesia, pero entre los riesgos están (no exclusivamente) defectos congénitos, trabajo de parto prematuro, lesión cerebral permanente y muerte.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR RESPONSABLE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (05.07.10, D.O.F.), LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS.
CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA BY FIFA, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2 S/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42162