

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR SERVICIOS DE ANESTESIA

Doy mi consentimiento para que un anestesista acreditado de Carnegie Hill Endoscopy Center, LLC me administre anestesia total o local.

1. El anestesista acreditado me ha explicado y hablado sobre la naturaleza y el propósito de la anestesia propuesta. Consiste en la colocación de un catéter en mi vena por el que se me administrará un medicamento. Durante todo el procedimiento, se monitorearán mis signos vitales en forma permanente (presión arterial, electrocardiograma, saturación de oxígeno, respiración y ventilación).
2. Doy mi consentimiento para que se me administre anestesia intravenosa e inhalación de oxígeno bajo las órdenes y/o supervisión de un anestesista acreditado.
3. El anestesista acreditado me ha explicado y hablado sobre los siguientes problemas:
 - A) Los riesgos de la anestesia antes, durante y después del procedimiento son, entre otros: inflamación de la vena, hematoma y/o decoloración en el área de la inyección, trismus (contracción) de los músculos faciales, falta de coordinación, somnolencia, vahídos, reacciones alérgicas, vómitos, náuseas, daños en los dientes o los tejidos orales, necrosis de los tejidos que rodean al lugar de la inyección, daño cerebral, parálisis, paro cardíaco y/o muerte.
 - B) El efecto posible o probable de la anestesia intravenosa es mantenerme en estado de sedación o semi-dormido.
 - C) Se me han explicado todas las alternativas posibles a la administración de anestesia intravenosa.
 - D) Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados del tratamiento y/o la anestesia propuesta.
 - E) Los beneficios de la anestesia clínica.
4. Entiendo que, mientras esté recibiendo la anestesia, podrán presentarse situaciones que requieran de la modificación o extensión de este consentimiento. Por lo tanto, autorizo a que se realicen las modificaciones o extensiones de este consentimiento que los profesionales consideren necesarias de acuerdo con las circunstancias.
5. Entiendo que los medicamentos que estoy tomando pueden causar complicaciones con la anestesia y la cirugía. He informado a mi anestesista sobre estos medicamentos, así como sobre cualquier otro suplemento herbal o de venta libre y/o droga recreacional/"callejera" que esté consumiendo.
6. Certifico que he leído y comprendido perfectamente las declaraciones de este consentimiento, que he tenido el tiempo suficiente para hablar sobre ellas y que el anestesista acreditado ha respondido a todas mis preguntas al respecto.
7. Doy mi consentimiento, a sabiendas y voluntariamente, para que se me administre anestesia intravenosa como se describe arriba. En todo momento durante la lectura, explicación y firma de este formulario, me encontré en pleno uso de mis facultades mentales y no estuve bajo los efectos del alcohol ni de medicamentos.
8. Mi compañía de seguro será **YorkAnesthesia, PLLC**. Por el presente, autorizo a que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a **York Anesthesia, PLLC**.

Paciente/Representante legalmente autorizado: _____ Testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____ York Anesthesia: _____