

**Consentimiento Informado del Departamento de Anestesiología
American Anesthesiology of North Carolina
WakeMed Practice Center**

Un miembro del equipo de anesthesiólogos, quien firma a continuación, me informó que el tipo o método de anestesia a ser usado será determinado basado en el procedimiento, el historial médico de salud del paciente y preferencias del paciente, cirujano y anesthesiólogo. Entiendo que un equipo de anesthesiólogos que consiste de un médico anesthesiólogo y un anesthesista de American Anesthesiology of North Carolina, estarán a cargo de mi cuidado. Un estudiante de enfermería anestésica puede asistir al equipo de anestesia para mi cuidado. Entiendo que el recibir anestesia para cualquier procedimiento conlleva riesgos así como beneficios, y que no se me puede dar ninguna garantía con respecto al resultado o tratamiento. RARAMENTE SE PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES INESPERADAS Y SEVERAS CON CADA TIPO DE ANESTESIA, INCLUYENDO LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN, HEMORRAGIA, REACCIONES A LAS DROGAS, COÁGULOS DE SANGRE, PÉRDIDA DE SENSACIÓN, PÉRDIDA DE LA VISTA, PÉRDIDA DE FUNCIÓN DEL MIEMBRO, PARÁLISIS, DERRAME CEREBRAL, DAÑO CEREBRAL, ATAQUE AL CORAZÓN O MUERTE. Todos los procedimientos conllevan riesgos específicos, los cuales pueden incluir pero no estar limitados a:

ATENCIÓN CONTROLADA DE ANESTESIA (MAC en inglés): Lesión a dientes, boca u ojo, náusea, vómitos, aspiración, ronquera, daño a nervios debido a la posición, se puede dar cuenta del procedimiento.

ANESTESIA GENERAL: dolor de garganta, lesión a dientes, boca u ojo, náusea, vómitos, aspiración, ronquera, daño a nervios debido a posición, intubación prolongada, se puede dar cuenta del procedimiento.

ANESTESIA REGIONAL: dolor de cabeza, dolor muscular, cambios en la respiración y presión arterial, daño a nervios o convulsiones, lesión a venas sanguíneas, colapso pulmonar.

MONITORES: (línea arterial, catéter venoso central, catéter de la arteria pulmonar, ecocardiograma transeofageal): lesión a los dientes o boca, lesión a arteria, vena o nervio, colapso pulmonar, lesión al esófago, problemas para tragar y cambio en el ritmo cardíaco.

Procedimiento programado: _____
Fecha: _____

Basado en mi condición actual y el procedimiento quirúrgico programado, entiendo que el método que se espera usar será

- Atención Controlada de Anestesia (MAC) Anestesia general
 Anestesia regional (espinal, epidural, bloqueo periférico de nervios) Otro: _____

Cambios en mi condición médica, lo que se espera del procedimiento quirúrgico o recomendaciones del anesthesiólogo a cargo de mi caso el día de la operación pueden requerir el uso de métodos o monitores diferentes o adicionales, incluyendo anestesia general. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Yo, _____, estoy satisfecho con la información que se me proporcionó y doy permiso para que _____ (yo o nombre del paciente) reciba la anestesia.

Firma del paciente	Fecha	Hora
Firma del miembro del equipo de anestesia	Fecha	Hora
Firma del guardián legal	Relación con el paciente	Fecha
Firma de testigo #1 <small>(Employee or volunteer of a health care entity, excluding family members)</small>	Fecha	Hora
Firma de testigo #2 <small>(Required for telephone consent or competent patient physically unable to sign)</small>	Fecha	Hora

*Document reason competent patient unable to sign: _____

Intérprete, o persona que lee formulario, si aplica

Patient Label
placed here

**WakeMed
Consent for Surgery
and Special Procedures**