

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN



LEA ESTE FORMULARIO CON ATENCIÓN. LE PROPORCIONA INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE LA ANESTESIA QUE HA SIDO PROGRAMADA PARA USTED.

Usted se reunirá con personal de anestesia asignado a su caso (médico anestesiólogo o enfermero diplomado anestesista certificado), quienes responderán cualquier pregunta que usted tenga antes de su cirugía o procedimiento. La anestesia puede ser administrada de varias maneras y el personal de anestesia le explicará las opciones que usted tiene a su disposición. A veces, la anestesia que usted y ellos eligen es diferente de la que se había programado en un principio; también se puede recurrir a la opción de servicios adicionales, tales como bloqueo nervioso (vea más abajo). Su cirugía, las necesidades de su cirujano y su afección o condición médica determinarán qué anestesia es más conveniente en su caso.

A CONTINUACIÓN EXPLICAMOS LOS TIPOS MÁS COMUNES DE ANESTESIA:



ANESTESIA GENERAL **Descripción** Este tipo de anestesia hace que usted pierda el conocimiento. Se le administra medicación por vena, por inhalación o por ambos métodos. Dependiendo del tipo de cirugía planeada, puede usarse un dispositivo para ayudarle a respirar y/o proteger sus pulmones.

Resultado Usted permanecerá en un sueño profundo (sin conocimiento) y no podrá sentir nada. Es posible que necesite un dispositivo especial o tubo respiratorio en su tráquea durante el procedimiento.

RAQUÍDEA O EPIDURAL
 Con sedación
 Sin sedación **Descripción** Con frecuencia, muchas cirugías pueden ser hechas con este tipo de anestesia. Con ambas modalidades se usa anestesia local (medicación que adormece el área, como la que usa el dentista) alrededor de los nervios de la espalda. Frecuentemente, se administra medicación sedante (relajante) antes del procedimiento de anestesia espinal/epidural.

Resultado Parte de su cuerpo se adormecerá, por lo que usted no sentirá dolor durante la cirugía o por un tiempo después de la misma. Posiblemente tendrá debilidad muscular en áreas de su cuerpo a nivel, o por debajo del nivel, del bloqueo raquídeo, por un tiempo después del procedimiento, hasta que el efecto de la anestesia local haya pasado.



AL REVERSO →

DO NOT MARK BELOW THIS LINE

BARCODE ZONE

DO NOT MARK BELOW THIS LINE



* X 2 0 9 8 1 *

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN

**A CONTINUACIÓN EXPLICAMOS LOS TIPOS MÁS COMUNES DE ANESTESIA:
(CONTINUACIÓN)**

BLOQUEO NERVIOSO **Descripción** Esto consiste en una inyección de anestesia local en el área de los nervios que proporcionan sensación a la zona que va a ser operada (por ejemplo, la pierna o el brazo). Este es un tipo de anestesia que puede usarse sólo con sedación o con anestesia general. El beneficio de un bloqueo nervioso es un alivio más prolongado del dolor y la necesidad de menor cantidad de anestesia y analgésicos.

Con sedación

Sin sedación

Área _____

Lado _____

Resultado Por un corto tiempo usted no podrá sentir nada ni mover nada cerca del área de su procedimiento.

ANESTESIA MONITORIZADA (MAC) **Descripción** Este tipo de servicio de anestesia es proporcionado para aquellos procedimientos o cirugías para los que se planifica sedación de distintos grados. En esta situación, la anestesia local típicamente es administrada por el cirujano. Dado que esta no es anestesia general, es posible que usted recuerde algunos momentos de su cirugía.

Resultado Usted sentirá mucha somnolencia durante y después del procedimiento. Un especialista en anestesia estará a disposición para ayudar, de ser necesario.

Su prestador de servicios de anestesia podrá explicarle las ventajas y desventajas de las opciones de anestesia adecuadas para su cirugía.

A veces, el plan de anestesia elegido antes de su cirugía debe ser modificado cuando usted está en la sala de operaciones. Más comúnmente, este anestésico debe transformarse en anestesia general.

La anestesia en Corewell Health es proporcionada por profesionales especializados. Ellos entienden que usted tiene temores y preocupaciones. La anestesia siempre conlleva riesgos. Este formulario proporciona cierta información pero no puede incluir todos los problemas posibles. Algunos de los riesgos son, entre otros: ansiedad, dolor, náuseas, dolor de cabeza, dolor de espalda, ronquera, debilidad, infección, dolor de boca y/o garganta, lesiones en dientes, lesiones en venas y/o nervios, líquido en los pulmones, infección de pulmones, pérdida de sensibilidad, posibilidad de darse cuenta de lo que está pasando durante el procedimiento, convulsión, ataque al corazón, accidente cerebrovascular, como también la posibilidad de muerte. Haga preguntas a su prestador de servicios de anestesia para entender los riesgos y planificar la anestesia a su entera satisfacción.

Patient Name

DOB

MRN

Physician

CSN



AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO ACEPTO QUE:

- Puedo cambiar de opinión y no estar de acuerdo con este plan de anestesia. Debo hacer esto antes de recibir anestesia o sedación.
- Permitiré el uso de otros tipos de anestesia si es necesario para mi seguridad y comodidad.
- He leído / Se me ha leído este formulario o se me ha explicado en un lenguaje que yo puedo entender.
- Este formulario me fue explicado en las fechas escritas.
- Entiendo completamente el contenido de este formulario.

Yo he leído este formulario o el mismo me ha sido explicado. Todas mis preguntas acerca de este formulario han sido respondidas.

AM PM _____ AM PM _____
 Hora Fecha Firma de(l)/la paciente HORA FECHA Testigo de la firma

Si el/la paciente es menor de 18 años de edad o si no puede dar su consentimiento por cualquier otra razón, debe completarse lo siguiente:



Yo, _____, por la presente certifico que soy el/la _____ de(l)/la paciente; que el/la paciente no puede dar su consentimiento por ser menor, o porque:

AM PM _____ AM PM _____
 Hora Fecha Firma de(l) padre / la madre, tutor(a) legal, intercesor(a) por e(l)/la paciente o familiar más cercano HORA FECHA Testigo de la firma

DECLARACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS SOLAMENTE:

Yo he revisado el formulario de consentimiento de(l)/la paciente. El procedimiento para el cual el/la paciente ha dado su consentimiento está en conformidad con el plan para dicho/a paciente. He hablado sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento planeado, como así también los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones de los tratamientos alternativos con el/la paciente y/o su familia, quien(es) expresa(n) que entienden y desea(n) proceder.

AM PM _____
 HORA FECHA Firma del prestador de servicios de anestesia

Número de localizador personal _____

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN

Yo certifico que he interpretado, a mi leal saber y entender, al y del idioma principal declarado por el participante, _____, todo lo dicho por todos los presentes durante la conversación de consentimiento fundamentado.

AM PM _____
 HORA FECHA Firma de(l)/la intérprete

Nombre de(l)/la intérprete (en letra de imprenta) _____



Nota de Traducción:

A fin de facilitar la lectura de este documento, y con mucho respeto, usamos el masculino gramatical para toda persona, independientemente de su género.

Confidentiality of this medical record shall be maintained except when use or disclosure is required or permitted by law, regulation, or written authorization by the patient.