



CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO
Lubbock, Texas

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ANESTESIA y/o MANEJO DEL DOLOR PERIOPERATORIO (ANALGESIA)

AL PACIENTE: Usted tiene derecho como paciente a ser informado sobre su condición y la anestesia/analgesia recomendada para que pueda tomar la decisión de recibir o no la anestesia/analgesia después de conocer los riesgos y peligros involucrados.

ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA/ANALGESIA

El plan es que la anestesia/analgesia sea administrada por (Tenga en cuenta que el proveedor mencionado puede cambiar dependiendo de la duración del procedimiento u otras circunstancias). Reconozco que otros miembros del equipo de atención de anestesia en una residencia de anestesiología, médica, Enfermera de Anestesiista Registrada y Certificada (EARC/CRNA en Ingles) y/o programa de capacitación paramédica pueden participar en la atención que se me brinda bajo la supervisión de un médico tratante en UMC.

VERIFIQUE EL ENFOQUE PLANIFICADO Y HAGA QUE EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO ESCRIBA SUS INICIALES:

(Marque uno)

- Medical Anesthesiologist Dr. /Facultad, TTUHSC, Departamento de Anestesiología [NOMBRE]
Dentist Anesthesiologist Dr. [NOMBRE]
Non-Anesthesiologist Doctor or Dentist Dr. [NOMBRE]

(Marque todo lo que corresponda si la administración de anestesia/analgesia está siendo delegada/supervisada/dirigida médicamente por el proveedor anterior)

- Assistant anesthesiologist certified: Proveedor, TTUHSC, Departamento de Anestesiología [NOMBRE]
Certified Registered Nurse Anesthetist: Proveedor, TTUHSC, Departamento de Anestesiología [NOMBRE]
Physician in training: TTUHSC, Departamento de Anestesiología [NOMBRE]

El(los) proveedor(es) anterior(es) puede(n) explicar las diferentes funciones de los proveedores y sus niveles de participación en la administración de la anestesia/analgesia.

Tipos de anestesia/analgesia planificados y temas relacionados

Entiendo que la anestesia/analgesia implica riesgos y peligros adicionales. Las posibilidades de que esto ocurra pueden ser diferentes para cada paciente según los procedimientos y la salud actual del paciente.

Entendemos que pueden ocurrir complicaciones graves, poco comunes, con todos los métodos anestésicos/analgésicos. Algunos de estos riesgos son problemas respiratorios y cardíacos, reacciones a medicamentos, daño a los nervios, paro cardíaco (el corazón deja de latir), daño cerebral, parálisis (incapacidad para moverse) o muerte.

Yo (nosotros) entiendo/entendemos que No resucitar (DNR), Permitir Muerte Natural (PMN/AND en Ingles) y todas las restricciones de reanimación se suspenden durante el período perioperatorio y hasta que se complete el período de recuperación posterior a la anestesia.

Yo (nosotros) también entiendo/entendemos que pueden ocurrir otras complicaciones. Esas complicaciones incluyen, pero no se limitan a:

Verifique los métodos planificados de anestesia/analgesia y haga que el paciente/otra persona legalmente responsable escriba sus iniciales.

- ANESTESIA GENERAL: lesión de las cuerdas vocales, dientes, labios, ojos; conciencia durante el procedimiento; disfunción de la memoria/pérdida de memoria; daño permanente a los órganos; daño cerebral.
ANESTESIA/ANALGESIA DE BLOQUEO REGIONAL: daño a los nervios; dolor persistente; sangrado/hematoma; Infección; necesidad médica para convertirse a anestesia general; daño cerebral. UBICACIÓN:
ANESTESIA ESPINAL/ANALGESIA: daño a los nervios; dolor de espalda persistente; jaqueca; Infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica para convertirse a anestesia general; daño cerebral.
ANESTESIA EPIDURAL/ANALGESIA: daño a los nervios; dolor de espalda persistente; jaqueca; Infección; sangrado/hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica para convertirse a anestesia general; daño cerebral.
CUIDADO MONITOREADO DE ANESTESIA (MAC) O SEDACIÓN/ANALGESIAMAC: disfunción de la memoria/pérdida de memoria; necesidad médica para convertirse a anestesia general; daño permanente a los órganos; daño cerebral.
SEDACIÓN PROFUNDA: disfunción de la memoria/pérdida de memoria; necesidad médica para convertirse a anestesia general; daño permanente a los órganos; daño cerebral.
SEDACIÓN MODERADA: disfunción de la memoria/pérdida de memoria; necesidad médica para convertirse a anestesia general; daño permanente a los órganos; daño cerebral.





CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO
Lubbock, Texas

Etiqueta del paciente aquí

ANESTESIA Y/O MANEJO DEL DOLOR PERIOPERATORIO (ANALGESIA) (cont.)

Comentarios/riesgos adicionales:

Yo (nosotros) entiendo/entendemos que no se me han hecho promesas en cuanto al resultado de los métodos de anestesia/analgesia. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre mis métodos de anestesia/analgesia, los procedimientos que se utilizarán, los riesgos y peligros involucrados, y las formas alternativas de anestesia/analgesia. Creo que tengo suficiente información para dar este consentimiento informado.

Riesgos de Anestesia para Niños Jóvenes y Durante el Tercer Trimestre del Embarazo

He sido informada del posible efecto adverso de la anestesia en niños jóvenes, especialmente para procedimientos que pueden durar más de 3 horas o si se requieren múltiples procedimientos. Me han informado que el uso de anestesia general y sedantes en niños menores de 3 años o en mujeres embarazadas durante su tercer trimestre puede afectar el desarrollo del cerebro de los niños.

He recibido el boletín de comunicación de seguridad de medicamentos de la FDA que detalla los riesgos de la anestesia general en el desarrollo del cerebro en niños menores de 3 años o en mujeres embarazadas del tercer trimestre.

() Sí () No aplicable

Riesgos durante el Embarazo (Para Mujeres en Edad Fértil)

Se recomienda que la cirugía electiva se retrase hasta después del embarazo. Nadie sabe el riesgo exacto de defectos de nacimiento o la posibilidad de aborto espontáneo por anestesia. No se puede asegurar que ningún medicamento o técnica anestésica sea segura.

He leído los riesgos de la anestesia durante el embarazo y me han ofrecido una prueba de embarazo.

Embarazada () Sí () No () No lo sé () No aplicable

Este formulario me ha sido explicado completamente, lo he leído o me lo han leído, los espacios en blanco se han rellenado y entiendo su contenido.

*FECHA _____ HORA: _____ A.M. o P.M.

*FIRMA DEL PACIENTE/OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE

RELACIÓN (si no es paciente)

*Firma del testigo

Nombre Impreso

- UMC 602 Indiana Avenue, Lubbock, TX 79415 TTUHSC 3601 4th Street, Lubbock, TX 79430
- UMC Health & Wellness Hospital 11011 Slide Road, Lubbock TX
- GI & Outpatient Services Center 10206 Quaker Ave, Lubbock TX 79424
- OTHER Address: _____

Address (Street or P.O. Box)

City, State, Zip Cod

Interpretación/ODI (Interpretación) Sí No _____

Fecha/Hora (si se utiliza)

Formas alternativas de comunicación utilizadas Sí No _____

Nombre Impreso del Intérprete

Fecha/Hora

Fecha en que se está realizando el procedimiento: _____





CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO
Lubbock, Texas

Etiqueta del paciente aquí

Fecha _____

Lista de Verificación de Consentimiento/Órdenes para Residentes y Enfermeras

Instrucciones para completar el formulario: Nota: Ingrese "no aplicable" o "ninguno" en los espacios según corresponda. El consentimiento no puede contener espacios en blanco.

Sección 1: Escriba el nombre del(los) médico(s) responsable(s) de anestesia/analgesia.

Sección 5: Verifique los métodos planificados de anestesia/analgesia y haga que el paciente/otra persona legalmente responsable escriba las iniciales.

Escriba riesgos o comentarios adicionales según lo discutido con el paciente.

- A. Deben incluirse los riesgos para los procedimientos de la Lista A. Otros riesgos pueden ser añadidos por el médico.
- B. Los procedimientos en la Lista B o no abordados por el panel de Explicación Médica de Texas no requieren que los riesgos específicos se discutan con el paciente. Para estos procedimientos, se pueden enumerar los riesgos o se puede ingresar la frase: Como se discutió con el paciente".

Fecha/Hora: Ingrese la fecha y hora en que el paciente firmó el consentimiento.

Testigo: Ingrese la firma, el nombre impreso y la dirección del adulto competente que presencié la firma del paciente o de la persona autorizada.

Si el paciente **no** da su consentimiento a una disposición específica del consentimiento, el consentimiento debe reescribirse para reflejar el procedimiento que el paciente (persona autorizada) está consintiendo que se realice.

Para obtener información adicional sobre las políticas de consentimiento informado, consulte la política SPP PC-17.

Consentimiento

<input type="checkbox"/> Nombre del proveedor	<input type="checkbox"/> Verifique el método de anestesia planificado
<input type="checkbox"/> No quedan espacios en blanco en el consentimiento	<input type="checkbox"/> Sin abreviaturas médicas

Órdenes

<input type="checkbox"/> Fecha del procedimiento	<input type="checkbox"/> Procedimiento
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Firmado por el médico y nombre sellado

Enfermera _____ Residente _____ Departamento _____

ESTE FORMULARIO NO FORMA PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA



CENTRO MÉDICO UNIVERSITARIO
Lubbock, Texas

Etiqueta del paciente aquí