

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO “ANESTESIA”

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ RUT: _____ <small>(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)</small>	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	EDAD: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ <small>(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)</small>	RUT: _____
---	------------

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO: <small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>
--

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA: <small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>
---

Dejo constancia que el equipo médico que me trata me ha explicado que derivado de la condición de base o enfermedad que presento debo realizarme una cirugía, diagnóstico o procedimiento para lo cual recibiré alguna técnica anestésica de manera que el equipo médico pueda realizar alguna de las intervenciones antes mencionadas. El equipo médico me ha explicado los riesgos del procedimiento, los tratamientos alternativos y los posibles resultados de que se esperan y la evolución de mi condición dejada sin tratamiento alguno.

Se me ha explicado que cualquier intervención médica y por consiguiente todos los tipos de anestesia involucran ciertos riesgos y por tanto no se pueden otorgar garantías o promesas relacionadas con los resultados de procedimiento o tratamiento en cuestión. La ocurrencia de complicaciones severas es rara, sin embargo existe la posibilidad de graves lesiones de órganos vitales (1 de cada 10.000 pacientes). Estos riesgos están relacionados con la edad, con las características propias de cada paciente, con el tipo, complejidad, duración del procedimiento o intervención, dentro de estas podemos encontrar infecciones, sangrado, reacción a drogas, trombosis, pérdida de sensibilidad y/o función de las extremidades, parálisis, embolia, daño cerebral, infarto cardíaco o muerte. Yo entiendo que estos riesgos se pueden aplicar a todo tipo de anestesia y que los riesgos específicos o adicionales serán identificados a continuación, junto con el tipo específico de anestesia que podría ser aplicada.

Los beneficios del procedimiento a corto y medio plazo: Permite realizar la exploración o intervención quirúrgica con un máximo de bienestar y seguridad.

Una de las alternativas anestésicas detalladas a continuación será usada en mi intervención quirúrgica, examen o procedimiento; este será determinado en base a mi condición física, la intervención a realizar, mi preferencia como paciente y/o del equipo médico tratante si este considera que una técnica ofrece mayores ventajas sobre otra.

Se me ha explicado que a veces una técnica puede ser parcialmente exitosa por lo tanto otra técnica tendrá que ser usada adicionalmente, incluyendo la anestesia general.

<input type="checkbox"/> Anestesia General	Resultados esperados	Estado de inconsciencia total y posible colocación de tubo en la tráquea.
	Técnica	Droga inyectada dentro del torrente sanguíneo, o inhalada por los pulmones.
	Riesgos	Dolor garganta, ronquera, daño de boca o dientes, conciencia durante la anestesia, lesión de vasos sanguíneos, aspiración, neumonía.
<input type="checkbox"/> Anestesia/ analgesia espinal o epidural <input type="checkbox"/> Con sedación <input type="checkbox"/> Sin sedación	Resultados esperados	Disminución o pérdida temporal de la sensibilidad o movilidad de la parte inferior del cuerpo.
	Técnica	Droga inyectada a través de una aguja/catéter ubicado ya sea directamente en el canal espinal o inmediatamente afuera del canal espinal.
	Riesgos	Dolor de cabeza, dolor de espalda, zumbido en los oídos, convulsiones, infección, debilidad persistente, adormecimiento, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos, total espinal, intoxicación por anestésicos locales.
<input type="checkbox"/> Bloqueo nervioso Mayor / menor <input type="checkbox"/> Con sedación <input type="checkbox"/> Sin sedación	Resultados esperados	Pérdida temporal de sensación y/o movimiento de una extremidad o área específica.
	Técnica	Droga inyectada cerca de los nervios que causa pérdida de la sensación en el área de la operación.
	Riesgos	Infección, convulsiones, debilidad persistente, dolor residual, daño a los vasos sanguíneos, neumotórax y intoxicación por anestésicos locales.
<input type="checkbox"/> Anestesia regional Intravenosa <input type="checkbox"/> Con sedación <input type="checkbox"/> Sin sedación	Resultados esperados	Pérdida temporal de sensibilidad o movimiento de una extremidad.
	Técnica	Droga inyectada en el sistema venoso de una extremidad mientras se usa un torniquete.
	Riesgos	Infección, convulsiones, arritmias, adormecimiento persistente, dolor residual, daño a las venas.
<input type="checkbox"/> Cuidados anestésicos Monitorizados (CAM) con sedación	Resultados esperados	Reducción del dolor y la ansiedad provocados por el procedimiento, amnesia total o parcial.
	Técnica	Droga inyectada por el torrente sanguíneo, inhalada por los pulmones produciendo un estado de sedación.
	Riesgos	Depresión respiratoria.
<input type="checkbox"/> Cuidados anestésicos Monitorizados (CAM) sin sedación	Resultados esperados	Medición de signos vitales, anestésista disponible para la pronta intervención frente a una situación de urgencia.
	Técnica	Ninguna
	Riesgos	Ansiedad, incomodidad.

Por medio del presente documento declaro que el médico suscrito me ha explicado completa y oportunamente la naturaleza, beneficios, objetivos, características, potenciales riesgos y complicaciones del procedimiento, intervención quirúrgica o del tratamiento que me realizará; así como también las alternativas disponibles, el pronóstico esperado y el proceso post-operatorio previsto.

Asimismo, declaro haber comprendido la información entregada y que he tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas, las que han sido aclaradas y contestadas a su debido tiempo.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación, con enfermedades, medicamentos, alergias o riesgos potenciales.  
Entiendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por último y en caso de complicaciones o reacciones inesperadas, autorizo a mi médico a realizar las acciones necesarias para resolverlas de acuerdo con su mejor juicio y capacidad.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Representante legal: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o  
Representante Legal\_\_\_\_\_  
Firma Anestesiólogo**REVOCACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad, C.I. \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_, con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar dejo sin efecto este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Paciente /Representante Legal\_\_\_\_\_  
Nombre Firma Anestesiólogo**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento será otorgado por el representante legal.****En caso de paciente pediátrico leer y firmar anexo**