

---

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTHESIA

**La siguiente se proporciona para informar a los pacientes y los padres de tener un tratamiento bajo anestesia. La información no se presenta para que esté más preocupado, sino más bien para que pueda entender mejor los riesgos y beneficios implicados con el tratamiento anestésico.**

Por la presente autorizo y solicito a cualquier médico representado con Carepoint para administrar la anestesia como se indicó anteriormente conmigo. Entiendo y acepto que los procedimientos no se habla, pero que se consideren necesarios para el bienestar de mi hijo, se puede realizar como complemento a la anestesia planificada. Se ha explicado que todos los tipos de anestesia, aunque son seguros, implican algunos riesgos y no se pueden ofrecer garantías sobre los resultados. Las complicaciones graves son muy raras. Las siguientes son las complicaciones que pueden estar asociados con el tratamiento anestésico:

**Las complicaciones más frecuentes:**

- Dolor y / o hematoma en el lugar de la inyección
- garganta y / o ronquera Sore
- Dolores musculares
- Las náuseas y / o vómitos

**Las complicaciones raras:**

- lesiones del corazón
- El daño cerebral o la muerte

**Complicaciones poco frecuentes:**

- Dolor de cabez
- Las lesiones en los labios o los dientes de instrumentos o dispositivos de vía aérea
- inesperada reacción a fármacos
- La infección en el sitio intravenoso y venas en las inmediaciones
- Sangrado / lesiones en la nariz debido al paso de un tubo de respiración
- Infección pulmonar
- lesión o infección ocular
- La debilidad en la respiración después de despertar
- Daño en el nervio

- Las opciones alternativas a la anestesia general profunda sedación / se han discutido conmigo y pueden incluir el uso de anestesia local con sedación con óxido nitroso o anestesia local solamente.
- Puedo confirmar que el paciente no ha tenido nada de comer o beber (que no sean medicamentos indicados con la menor cantidad de agua) durante por lo menos ocho (8) horas antes de la anestesia.
- Certifico que, a mi conocimiento que el paciente no está embarazada o tratando de quedar embarazada.
- He leído y acepto el Aviso HIPAA sobre prácticas de privacidad en nuestra página web, [www.carepointanesthesia.com](http://www.carepointanesthesia.com).

*Doy mi consentimiento para la anestesia que estime adecuado a mi anesthesiólogo. Reconozco que he leído este formulario o lo ha leído a mí y que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del plan de anestesia de la atención.*

*Certifico que la información médica que he proporcionado en esta consulta preoperatoria es completa y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Ha sido revisado conmigo y considerado completa. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente en el tratamiento y los resultados del tratamiento del paciente.*

---

Paciente / Firma del tutor legal

---

Relación con el paciente

---

Fecha