

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Este formulario y su conversación con el médico tienen como objetivo ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre las opciones de anestesia para su tratamiento. El médico está dispuesto a responder cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la anestesia y a brindarle información adicional antes de que usted decida si firmará este documento y se realizará el procedimiento.

1. He elegido proseguir con las anestésicas indicadas a continuación.

\_\_\_\_\_ Anestesia local

\_\_\_\_\_ Óxido nitroso (gas hilarante)

\_\_\_\_\_ Sedación leve

\_\_\_\_\_ Sedación moderada

\_\_\_\_\_ Sedación profunda (anestesia general)

Me han informado y entiendo los posibles riesgos asociados con la anestesia, que son los siguientes, entre otros:

- Lesión en un nervio, que puede ocurrir por la administración de anestesia local, y que puede producir alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o alteración de la sensibilidad en el rostro, las mejillas, los labios, el mentón, los dientes, las encías o la lengua (incluso la pérdida del sentido del gusto). Estas afecciones pueden desaparecer con el paso del tiempo, pero en algunos casos pueden ser permanentes o requerir otro tratamiento.
- Reacciones alérgicas o adversas a medicamentos o materiales.
- Dolor, inflamación, enrojecimiento, irritación, entumecimiento o moretones en la zona donde se coloca la aguja intravenosa. Por lo general, el entumecimiento o el dolor desaparece, pero en algunos casos puede ser permanente.
- Náuseas, vómitos, desorientación, confusión, falta de coordinación y, ocasionalmente, somnolencia prolongada. Algunos pacientes pueden tener memoria de todos o algunos de los acontecimientos del procedimiento quirúrgico después de que termine.
- Complicaciones cardíacas y respiratorias que pueden causar daño cerebral, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco (paro cardíaco) o muerte.
- Dolor de garganta o ronquera si se usa un tubo endotraqueal.

2. Se me ha informado y entiendo que es posible que se necesiten visitas o atención de seguimiento, evaluaciones, tratamientos o cirugías adicionales, u hospitalización.

3. Responsabilidades del paciente

Entiendo que soy un miembro importante del equipo de tratamiento. Para aumentar la probabilidad de lograr resultados óptimos, he suministrado una historia clínica completa y precisa, que incluye todas las afecciones dentales y médicas pasadas y presentes, medicamentos recetados y sin receta, alergias, uso de drogas recreativas y embarazo (si corresponde).

# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Entiendo y acepto que el consumo de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento y cumpliré con las instrucciones del médico.

Comprendo y acepto seguir todas las instrucciones que me indiquen en este consultorio antes y después del procedimiento, tomar los medicamentos como me los receten, practicar una higiene bucal correcta, acudir a todas las citas, coordinar citas para hacer consultas si surgen complicaciones y terminar el tratamiento. Informaré a mi médico de todo problema posoperatorio en el momento que surja. Mi incumplimiento podría causar complicaciones o resultados inferiores a los óptimos.

Si he elegido sedación leve, moderada o profunda (anestesia general), no he comido ni bebido nada durante al menos seis (6) horas antes del procedimiento. Entiendo que no cumplir esta condición puede poner en peligro mi vida. Como se me indicó, he tomado mis medicamentos habituales (medicamentos para la presión arterial, antibióticos, etc.) o cualquier otro medicamento que me haya dado mi médico con pequeños sorbos de agua solamente. Estoy acompañado por un adulto responsable quien me llevará al consultorio del médico y de regreso y se quedará conmigo después del procedimiento hasta que esté lo suficientemente recuperado como para poder cuidar de mí mismo. Entiendo que el efecto de los fármacos que me administran para este procedimiento puede durar 24 horas. Durante mi recuperación de la anestesia, acepto no manejar, operar maquinaria o dispositivos complejos ni tomar decisiones importantes, como firmar documentos, etc.

He tenido tiempo suficiente para leer este documento, comprendo las declaraciones precedentes y he tenido la oportunidad de que se respondan todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los riesgos y complicaciones posibles de la anestesia y acepto proceder.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante legal, en letra de imprenta / Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha