



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN DE ANESTESIA

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____
nombre del representante legal, familiar o allegado (en caso de existir) _____
de _____ años de edad, con domicilio en _____

1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, **ACEPTO** al Dr.(a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien está debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por la Dirección General de Profesiones.
2. Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles y pueden ser desde leves, tales como: dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca y tos; hasta severas tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardiacas, renales, de presión arterial, complicaciones pulmonares reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal. Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso el fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar mi estado de salud.
3. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que pueden deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
4. Estoy conciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
5. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y **ACEPTO** anestesia tipo _____, que es de carácter electivo _____ urgente _____ y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
6. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
7. Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento planeado.
8. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi persona o representado, pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico - quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y/o emocionales.

NOTA

Se me solicita ser acompañado el día y fecha de la intervención por un familiar, mayor de edad o persona de confianza, a quien en caso de requerirse, le autorizo para que en mi representación de información, autorización, gestoría o cuanto fuese necesario para que puedan llevarse a cabo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, mientras mi estado de conciencia o capacidad de decisión estén alterados o abolidos, del que su nombre queda inscrito en esta carta y ha aceptado esta encomienda.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

**NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE
O REPRESENTANTE LEGAL**

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NEGACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado el manejo de la técnica anestésica y lo que derive de ella, conciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____ y es mi deseo no proseguir el manejo anestésico que se indica en mi o en mi representado a partir de esta fecha _____, relevando de toda responsabilidad al anestesiólogo, toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL