



ORLANDO HEALTH
 1414 Kuhl Ave.
 Orlando, FL 32806

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA

(Request For and Consent For Anesthesia)

- El que suscribe consiente y autoriza a un miembro de _____
 o a quien éste designe como su asistente, incluyendo al Orlando Health, Inc., y sus empleados a administrar la anestesia o los anestésicos que considere aconsejables para el cuidado del paciente, tomando en cuenta, empero, que si surgiera alguna situación inesperada en el curso de la administración de los anestésicos que, según su criterio, requiera otros procedimientos o anestésicos además de los contemplados, le pido y lo autorizo a hacer lo que considere aconsejable y a actuar en el mejor interés del paciente.
- La anestesia moderna es relativamente segura y sin incidentes, de modo que virtualmente todos pueden beneficiarse de ella. La mayoría de las intervenciones pueden realizarse con anestesia general, cuidados anestésicos controlados, anestesia espinal, anestesia epidural, anestesia por bloqueo nervioso, anestesia local o combinaciones de ellas. El anesthesiólogo o el anestesista del paciente decidirán el tipo de fármaco y las técnicas utilizadas para la anestesia y las opciones y las alternativas médicamente aceptables se discutirán con el paciente. Todo tipo de alivio del dolor (anestesia) implica ciertos riesgos y peligros que el anesthesiólogo o el anestesista conocen. Sin embargo, pueden ocurrir reacciones y complicaciones inesperadas que varían entre los pacientes en los que las condiciones clínicas parecen ser similares.
- Los riesgos y los peligros identificados por los anesthesiólogos y los anestesistas como considerables y que pueden ocurrir independientemente de la experiencia, los cuidados y la destreza del anesthesiólogo o el anestesista incluyen, pero no se limitan a, infección, hemorragia, reacciones alérgicas, aspiración, flebitis, lesiones arteriales, lesiones de vías respiratorias, lesiones esofágicas, lesiones de los nervios o parálisis, lesión o insuficiencia del corazón, los pulmones, el hígado, los riñones y/o el cerebro y muerte; con una epidural o espinal, el paciente puede tener dolor de cabeza, convulsiones, lesión de los nervios, hemorragia, infección, elevados niveles de anestésico que requieran intubación y ventilación. En la mayoría de los casos, estos riesgos y peligros son raros. El anesthesiólogo o el anestesista del paciente harán su mejor esfuerzo para proteger al paciente de estos riesgos pero no pueden darse garantías sobre los resultados de la anestesia del paciente. También reconozco que pueden resultar lesiones dentales de una cantidad de factores, que incluyen muchos de los que están más allá del control del anestesista. Tales lesiones incluyen pero no se limitan a, lesión de prótesis dentales, coronas, fundas, obturaciones, amalgamas de metal o porcelana y lesión o pérdida de dientes. Las enfermedades preexistentes, el estado de la dentición y los reflejos físicos no controlables que ocurren en las etapas inicial y final de la anestesia pueden contribuir a las lesiones dentales durante la intubación. Aunque se tomen todas las medidas para prevenir las lesiones dentales y a pesar de que el riesgo de lesiones dentales durante la anestesia es bajo, asumiré todos los riesgos y eximo totalmente al equipo de anesthesiología de cualquier responsabilidad por cualquier daño o lesión en los dientes provocado por factores que huyen de su control.
- El Dr. _____ ha hablado con el paciente el _____ sobre la anestesia que se administrará para la operación.
- Solicito que el paciente reciba anestesia para la intervención.
- He leído y entiendo completamente este consentimiento y se me han dado las explicaciones a las cuales se hace referencia en este consentimiento.
- Entiendo que las personas involucradas en el aprendizaje de las varias fases de las ciencias médicas y relacionadas podrían estar presentes para aprender durante todas las fases de atención del paciente y autorizo la instrucción y la docencia para tales personas, así como su participación directa en la atención del paciente cuando el médico lo considere pertinente.
- Tenga en cuenta que: los servicios del anesthesiólogo no se incluyen en la factura del hospital. Se le enviará una factura desde el consultorio por los cuidados del especialista.

 Firma del testigo (Paciente)
 (Witness Signature [Patient])

 Fecha
 (Date)

 Firma del testigo (padre/madre)
 (Witness Signature [Parent])

 Fecha
 (Date)

 Firma del testigo (padre/madre)
 (Witness Signature [Parent])

 Fecha
 (Date)

 Firma del testigo (cónyuge)
 (Witness Signature [Husband/Wife])

 Fecha
 (Date)

 Firma del testigo (familiar del paciente)
 (Witness Signature [Relative of Patient])

 Fecha
 (Date)

INTÉRPRETE SOLAMENTE / INTERPRETER ONLY

(Favor de completar con letra de imprenta / Please Print)

Nombre (Name): _____

Agencia (Agency): _____

Teléfono (Telephone): _____