

Consentimiento informado para la anestesia monitorizada/Sedación Profunda
US Digestive Health/RGAL Anesthesia
Main Line Endoscopy Centers

Por mi seguridad, bienestar y comodidad, entiendo que se necesitan servicios de anestesia para poder realizar mi procedimiento y autorizo y doy mi consentimiento para la administración de anestesia monitorizada o sedación profunda, según se considere aconsejable o necesario. Firme este formulario solo después de comprender el tipo de anestesia que se administrará, los beneficios anticipados, el riesgo, las alternativas, el riesgo asociado con las alternativas y de que todas sus preguntas hayan sido respondidas.

El tipo de anestesia que se recomienda administrar para mi procedimiento es:

ATENCIÓN CON ANESTESIA MONITORIZADA: Su anestesista le brindará vigilancia y puede administrarle anestesia administrándole medicamentos anestésicos por vía intravenosa (inyectados a través de un catéter en el torrente sanguíneo), como el propofol, para reducir el estado de conciencia (sedación moderada o profunda). Su nivel de conciencia puede variar, desde un estado de conciencia hasta uno semiconsciente, según su respuesta a los medicamentos y sus necesidades clínicas.

El plan previsto para la anestesia es:

SEDACIÓN MODERADA: La sedación moderada es un estado de conciencia inducido por fármacos durante el cual aún se puede responder normalmente a las órdenes verbales. Debe reconocerse que se producen diversos grados de sedación de forma continua. Es posible que haya un progreso de una sedación moderada a una sedación profunda. La sedación profunda es una depresión de la conciencia inducida por fármacos durante la cual no puede despertarse fácilmente. Mientras recibe la anestesia, es posible que esté consciente de su entorno, que pueda escuchar y responder a sus proveedores médicos o que recuerde parte o la totalidad del procedimiento.

Todas las formas de anestesia implican algunos riesgos. El anesthesiólogo me ha explicado que existen riesgos y posibles consecuencias indeseables asociadas con todas las formas de anestesia y que no se pueden hacer garantías ni promesas con respecto a los resultados de mi procedimiento. El anesthesiólogo me ha explicado que pueden presentarse complicaciones durante la administración de la anestesia o después. Determinar qué tipo de anestesia es mejor para usted depende de muchos factores, incluidos el estado físico, el tipo de procedimiento, y sus preferencias y las de su médico.

En todas las formas de anestesia se pueden producir complicaciones graves, inesperadas y poco frecuentes, por ejemplo: infección; reacciones medicamentosas o alérgicas que generen un paro cardíaco o la muerte; lesiones en los nervios con pérdida de sensibilidad o de función; parálisis; accidente cerebrovascular; sangrado; coágulos sanguíneos; daño en el hígado, los riñones o los pulmones; ataque cardíaco; daño cerebral e incluso la muerte.

Los efectos secundarios frecuentes y las complicaciones específicas de su anestesia planificada incluyen, entre otros, los que se identifican a continuación.

Estos son algunos riesgos y efectos secundarios frecuentes de la anestesia/sedación:

- Náuseas o vómitos
- Disminuciones de leves a moderadas de la presión arterial o de la frecuencia cardíaca
- Lesiones en la boca, los labios y alrededor de esta zona
- Aspiración (inhalación del contenido estomacal por los pulmones), ataques de asma y neumonía (infección o inflamación de los pulmones)
- Broncoespasmo o laringoespasmo que causan problemas respiratorios
- Convulsiones
- Hinchazón, dolor a la palpación, sangrado y moretones en el lugar de la inyección
- Cambios en la temperatura corporal
- Infección, inflamación o daños en los vasos sanguíneos
- Dolor de garganta y ronquera
- Nódulos, pólipos u otros daños en las cuerdas vocales o en la tráquea
- Lesiones esofágicas causadas por las sondas gástricas (del estómago) o por los dilatadores esofágicos
- En ocasiones, es posible que se produzca el despertar intraoperatorio
- Soñar durante la anestesia puede confundirse con recordar acontecimientos reales
- Arritmias
- Abrasiones corneales
- Dificultad de micción (orinar)
- Hematomas en el sitio de la vía intravenosa

Es posible que los dientes y las prótesis dentales (como los implantes, las carillas, las fundas dentales, las coronas y los puentes) se aflojen, se quiebren o se desprendan, independientemente de la atención que se proporcione. Al firmar este consentimiento, reconoce que ni los proveedores de anestesia, ni el médico, ni el centro, ni la empresa que emplea o contrata a los proveedores de anestesia se responsabilizarán de los daños dentales o de los costos de reparación.

Información adicional:

Me han explicado el tipo de anestesia recomendada. Comprendo que existen beneficios, riesgos potenciales, alternativas y riesgos de las alternativas para el tipo de anestesia recomendada.

Entiendo que la administración de la anestesia se realizará bajo la dirección de mi médico. Entiendo que los servicios de anestesia son proporcionados por RGAL Anesthesia Services, LLC. Entiendo y acepto que todos los profesionales que me prestan servicios en el centro, incluido mi médico, el proveedor de anestesia, el patólogo y demás son profesionales independientes que ejercen su criterio clínico independiente. No son empleados ni representantes (agentes) del centro quirúrgico.

Comprendo que me vigilarán durante el procedimiento y que es posible que se hagan ajustes en los medicamentos para garantizar mi comodidad, seguridad y bienestar. Comprendo que las condiciones imprevistas pueden requerir un cambio o una extensión del tipo de anestesia planificado, y autorizo y solicito que los enfermeros anestesistas certificados, asistentes o personas designadas hagan los ajustes necesarios y deseables en mi administración de anestesia en función de su criterio profesional.

Se me ha recomendado no conducir un vehículo motorizado ni participar en ninguna actividad potencialmente peligrosa durante al menos 24 horas después de recibir la anestesia monitorizada o la sedación profunda, y entiendo que un adulto responsable debe llevarme a casa y permanecer conmigo hasta que los efectos de la sedación hayan desaparecido.

Certificación del paciente	Certificación del proveedor de anestesia
<p>Al firmar a continuación, certifico que he tenido la oportunidad de hacerle al proveedor de anestesia todas mis preguntas sobre la anestesia, los beneficios anticipados, los riesgos materiales, las alternativas y los riesgos de esas alternativas, y que todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.</p>	<p>Por la presente certifico que he hablado con la persona que otorga el consentimiento sobre los beneficios anticipados, los riesgos materiales, las alternativas y los riesgos asociados con las alternativas descritas en este consentimiento.</p>
<p>_____ Firma del paciente o persona autorizada</p> <p>_____ Fecha</p> <p>_____ Hora</p>	<p>_____ Firma del proveedor de anestesia</p> <p>_____ Fecha</p> <p>_____ Hora</p>
<p>_____ Nombre en letra de imprenta de la persona autorizada</p> <p><u>Cargo de la persona autorizada:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Apoderado/Tutor legal</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p>_____ Nombre en letra de imprenta del proveedor de anestesia</p>

- ☐ El paciente/representante autorizado ha leído este formulario o ha hecho que se lo lean.
- ☐ El paciente/representante autorizado declara que entiende esta información.
- ☐ El paciente/representante autorizado no tiene más preguntas.

Firma del testigo

Nombre en letra de imprenta del testigo

Fecha

Hora

Uso de un intérprete o asistencia especial: Se ha utilizado un intérprete o asistencia especial (indicada a continuación) para ayudar al paciente/representante autorizado a comprender y completar el formulario de consentimiento.

<input type="checkbox"/> Idioma (especificar): _____	_____ Nombre en letra de imprenta de la persona que brinda asistencia	
<input type="checkbox"/> Lengua de señas	_____ Cargo o relación con el paciente	
<input type="checkbox"/> El paciente tiene una discapacidad visual y el formulario se leyó al paciente/representante autorizado		
<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____	_____ Firma	_____ Fecha