



Consentimiento informado para la administración de anestesia

Por favor, lea cada punto y ponga sus iniciales solo en las secciones correspondientes y luego firme en la parte inferior de la página.

_____ Entiendo y acepto que existe un riesgo asociado cada vez que se administra anestesia, y aunque es **RARO**, pueden ocurrir complicaciones y éstas se han discutido conmigo, las cuales incluyen, pero no se limitan a:

Reacción alérgica	Aspiración	Ronquera
Daño cerebral	Coma	Coágulo de sangre
Dolor de cabeza	Infección	Dolor muscular
Náuseas/Vómitos	Lesión ocular	Parálisis
Neumonía	Lesión de nervio por posición	Conciencia durante la anestesia
Dolor de garganta	Muerte	Flebitis
Daño de las cuerdas vocales		

_____ Entiendo que una lesión dental accidental también es un riesgo de la anestesia. La enfermera anestesista no se hace responsable de las lesiones de dientes, prótesis parciales o dentaduras postizas que ya estén dañadas o en malas condiciones.

_____ Certifico que he leído, comprendido y cumplido totalmente las instrucciones previas a la anestesia y que tengo la intención de seguir completamente las instrucciones posteriores a la anestesia.

_____ He informado a la enfermera anestesista y/o al médico de todas mis alergias conocidas.

_____ He informado a la enfermera anestesista y/o al médico de todos los medicamentos que estoy tomando actualmente, incluyendo recetas, remedios de venta libre, terapias y suplementos a base de hierbas, aspirina y cualquier otro uso recreativo de drogas o alcohol. Además, se me ha informado cuál de estos medicamentos, en dado caso, debo evitar tomar alrededor de la fecha del procedimiento.

_____ La enfermera anestesista y el médico han respondido todas mis preguntas sobre la anestesia y el procedimiento.

MUJERES Y ADOLESCENTES EN EDAD FÉRTIL:

_____ Al poner mis iniciales, atestiguo, a mi leal saber y entender, que no estoy embarazada actualmente. Si existe la posibilidad de que esté embarazada, se me aconseja que me realice una prueba de embarazo antes de someterme a la anestesia. También puedo optar por no hacerme la prueba de embarazo y aceptar toda la responsabilidad por las consecuencias de mi decisión. Uno o más de los fármacos anestésicos son teratógenos conocidos. Los estudios en humanos sugieren que hay teratogenicidad específica asociada a las benzodiazepinas y podrían ocurrir malformaciones congénitas cuando se administran en cualquier momento durante el embarazo. Se recomienda el uso de medicamentos anestésicos durante el embarazo solo cuando no hay alternativas y el beneficio supera el riesgo. Entiendo que mi anestesista confía en mi médico para obtener una opinión de que el procedimiento programado hoy es prudente a pesar de los riesgos. Elijo continuar con el procedimiento bajo anestesia, entiendo y acepto los riesgos y reconozco la responsabilidad por las consecuencias de mi toma de decisión con respecto al procedimiento.

NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

_____ Entiendo que existen algunas investigaciones científicas que apoyan la conclusión de que administrar anestesia a niños menores de tres años durante más de tres horas o en múltiples ocasiones puede afectar negativamente el desarrollo del cerebro o causar retrasos en el desarrollo. Si se solicita, es posible que me proporcionen el Comunicado de la FDA correspondiente. Entiendo que mi anestesista confía en mi médico para obtener una opinión de que el procedimiento programado hoy es médicamente necesario. Yo también acepto que el procedimiento es médicamente necesario, entiendo y acepto los riesgos y reconozco la responsabilidad por las consecuencias de mi toma de decisión con respecto al procedimiento.

He leído y entiendo los riesgos asociados con la administración de anestesia y acepto continuar.

Firmar _____ Relación con el paciente _____ Fecha _____



Historia médica del paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Género _____
Peso _____ lbs. Medicamentos que toma habitualmente _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS _____

Procedimiento propuesto _____ Doctor _____

¿Ha tenido alguna vez alguna complicación con la anestesia? S / N ¿Hay antecedentes familiares de problemas con la anestesia? S / N

Anestésicos/cirugías previas _____

Marque cualquiera de los siguientes **QUE APLIQUEN** al paciente

- | | | | |
|--|---|---|---|
| PULMONARES (Pulmones) _____ Ninguno | OIDOS, NARIZ, GAR. _____ Ninguno | CARDIACOS (Corazón) _____ Ninguno | ESTÓMAGO, HIGADO, RIÑONES _____ Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido/ERGE |
| <input type="checkbox"/> Vía aérea reactiva | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos crónicos |
| <input type="checkbox"/> Fumar/Vapear | <input type="checkbox"/> Amígdalas agrandadas | <input type="checkbox"/> Pruebas cardíacas anormales | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis/Neumonía (Últimas 6 semanas) | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Tubo de alimentación |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Lentec | <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Audífonos | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (Cirrosis) |
| <input type="checkbox"/> Infección reciente de faringitis estreptocócica | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Tos crónica | | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco anterior | <input type="checkbox"/> Cálculos renales |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Fecha _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de úlcera péptica |
| | | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria | |
| | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

- | | | | |
|--|---|---|--|
| NEUROLÓGICOS (CEREBRO) _____ Ninguno | MUSCULOESQUELÉTICOS _____ Ninguno | ENDOCRINOS _____ Ninguno | TRASTORNO SANGUÍNEO _____ Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones: Fecha de la última Convulsión _____ | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Diabetes: Fecha de la última A1C _____ | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Parálisis/debilidad | <input type="checkbox"/> Escoliosis | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado/coagulación |
| <input type="checkbox"/> ACV/Derrame/TIA: Fecha _____ | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Trastorno suprarrenal | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza crónico/migraña | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Trastorno metabólico | <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| | | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

- OTRO** _____ Ninguno
- Autismo
 - Síndrome de Down
 - TDA/TDAH
 - Depresión/ansiedad
 - Retraso en el desarrollo
 - Cáncer: Tipo _____

He completado este formulario según mi leal saber y entender.

Firmado _____ Fecha _____

Evaluación PREOPERATORIA (completada por la CRNA (enfermera registrada anestesista))

NADA POR VÍA ORAL _____ TA _____ / _____ SpO2 _____ FR _____ FC _____ Temp. _____

Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta _____	Cardíaco _____	Índice ASA I II III E
Pulmonar _____	SLK _____	Vía aérea I II III IV
Neurológico _____	Trastorno sanguíneo _____	Plan anestésico _____ IV/IM
Musculoesquelético _____	Otro _____	_____ AG/Intubación
Endocrino _____		

Plan anestésico, alternativas, riesgos discutidos con el padre o tutor legal antes del inicio del procedimiento _____

Firmado _____ CRNA Fecha _____ Hora _____