



Long Island Center
for DIGESTIVE HEALTH

ENDOSCOPY UNIT

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Otorgo mi consentimiento a la administración de anestesia profunda y anestesia local a ser administrada por un profesional acreditado en Long Island Center for Digestive Health.

Otorgo mi consentimiento a la administración de anestesia moderada/consciente y anestesia local a ser administrada por un profesional acreditado en Long Island Center for Digestive Health.

1. El profesional acreditado me ha explicado la naturaleza y el propósito de la anestesia propuesta. Esto consiste en colocar un catéter en mi vena y administrar medicamentos. Mis signos vitales estarán monitoreados constantemente durante todo el procedimiento. (Presión sanguínea, ECG, saturación del oxígeno, respiración y ventilación.)
2. Otorgo mi consentimiento a la administración de anestesia intravenosa y a la inhalación de oxígeno bajo la dirección y/o supervisión del profesional acreditado.
3. El profesional acreditado me ha explicado los siguientes temas:
 - A) Los riesgos de la anestesia previos al procedimiento, durante el procedimiento y posteriores al procedimiento incluyen, de manera no limitativa, lo siguiente: inflamación de la vena, hematoma y/o decoloración en el área de inyección, trismo de los músculos faciales, falta de coordinación, somnolencia, desmayos, reacciones alérgicas, vómitos, náuseas, daño a los dientes o tejido bucal, necrosis de tejidos en el área de inyección, daño cerebral, parálisis, paro cardíaco y muerte.
 - B) Los resultados posibles o probables de anestesia intravenosa deben mantenerme en un estado de sedación o sueño.
 - C) Se me han explicado todas las alteraciones factibles a la administración de anestesia intravenosa.
 - D) Estoy consciente de que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía en relación a los resultados del tratamiento propuesto o la anestesia.
 - E) Los beneficios de la anestesia clínica.
4. Entiendo que mientras esté recibiendo anestesia, podrían desarrollarse condiciones que requieran que se modifique o extienda este consentimiento. Por lo tanto, autorizo a que se realicen modificaciones o que se extienda este consentimiento que según el criterio profesional se considere necesario bajo las circunstancias.
5. Entiendo que los medicamentos que estoy consumiendo podrían causar complicaciones con la anestesia o la cirugía. He informado a mi anestesista sobre estos medicamentos, así como suplementos nutricionales, herbales o de venta libre y cualquier droga recreacional/"de la calle".
6. Certifico que he leído y entendido a plenitud esta declaración de consentimiento la cual he tenido suficiente tiempo de analizar y que todas mis preguntas han recibido respuesta a plenitud por parte de un profesional acreditado.
7. Entiendo que los efectos posteriores de las drogas y medicamentos sedativos pueden hacerme sentir débil, mareado, adormecido o confundido. Me han indicado que no puedo conducir, operar maquinaria ni electrodomésticos ni trabajar por 12 horas después de recibir anestesia. También me han indicado evitar fumar, beber alcohol o tomar decisiones importantes durante 12 horas después de recibir la anestesia.
8. Consiento a sabiendas a la administración de anestesia intravenosa según se describe en este documento. En todo momento durante la lectura, explicación y ejecución de este formulario, estuve en posesión de todas mis facultades mentales y no estuve bajo la influencia de alcohol y/o medicamentos.
9. **LICDH** facturará a mi aseguradora cuando corresponda. Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a **LICDH**.

Paciente/Rep. Legalmente autorizado: _____ Testigo: _____

Fecha: _____ Hora: _____ El anestesista: _____