

**Figure: 25 TAC §601.9(2)**

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO: ANESTESIA O  
MANEJO DEL DOLOR PERIOPERATORIO  
(ANALGESIA)**

**AL PACIENTE:** *Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre 1) la anestesia o analgesia recomendada que se utilizará y 2) los riesgos relacionados con ambas. Esta información fue diseñada para que usted pueda decidir si da su consentimiento para recibir anestesia o analgesia en el periodo perioperatorio (es decir, poco antes, durante y poco después de un procedimiento). Antes de firmar este formulario, le recomendamos que consulte con su médico o proveedor de atención médica sobre cualquier otra pregunta que pudiera tener.*

**Administración de la anestesia o analgesia**

\_\_\_\_\_ El plan es que la anestesia o analgesia sea administrada por (tenga en cuenta que el proveedor indicado puede cambiar en función de la duración del procedimiento u otras circunstancias):

**Marque el enfoque planeado y haga que el paciente o representante autorizado ponga sus iniciales:**

(Marque una opción)

\_\_\_\_\_ Médico anestesista Dr. \_\_\_\_\_ [Nombre]  
\_\_\_\_\_ Dentista anestesista Dr. \_\_\_\_\_ [Nombre]  
\_\_\_\_\_ Médico no anestesista o dentista Dr. \_\_\_\_\_ [Nombre]

(Marque todas las opciones que correspondan, si es el caso)

\_\_\_\_\_ Asistente anestesista certificado \_\_\_\_\_ [Nombre]  
\_\_\_\_\_ Enfermero anestesista certificado \_\_\_\_\_ [Nombre]  
\_\_\_\_\_ Médico residente \_\_\_\_\_ [Nombre]

Los proveedores mencionados pueden explicarle las diferentes funciones de los proveedores y sus niveles de participación en la administración de la anestesia o analgesia.

**Tipos de anestesia o analgesia planeados y temas relacionados**

Entiendo que la anestesia o analgesia implican riesgos y peligros adicionales. Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento y del estado de salud actual del paciente. Comprendo que el tipo de anestesia o analgesia podría tener que cambiarse, posiblemente sin darme una explicación.

Entiendo que pueden ocurrir complicaciones graves, pero raras, con todos los métodos anestésicos o analgésicos. Algunos de estos riesgos son problemas de respiración y del corazón, reacciones a la medicina, daño nervioso, paro cardíaco, daño cerebral, parálisis o la muerte.

También entiendo que pueden ocurrir otros riesgos o complicaciones dependiendo del tipo de anestesia o analgesia. El tipo de anestesia o analgesia

planeado para mí y los riesgos relacionados con cualquiera de ellos incluyen, entre otros, los siguientes:

**Marque los métodos de anestesia o analgesia planeados y haga que el paciente/persona legalmente responsable ponga sus iniciales.**

\_\_\_\_ ANESTESIA GENERAL (lesión a las cuerdas vocales, los dientes, los labios, los ojos); estar consciente durante el procedimiento; disfunción de la memoria o pérdida de la memoria; daño permanente a órganos; daño cerebral.

\_\_\_\_ ANESTESIA O ANALGESIA DE BLOQUEO REGIONAL (daño nervioso); dolor persistente; sangrado o hematoma; infección; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

Lugar: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_ ANESTESIA O ANALGESIA ESPINAL (daño nervioso); dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado o hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

\_\_\_\_ ANESTESIA O ANALGESIA EPIDURAL (daño nervioso); dolor de espalda persistente; dolor de cabeza; infección; sangrado o hematoma epidural; dolor crónico; necesidad médica de usar anestesia general; daño cerebral.

\_\_\_\_ SEDACIÓN PROFUNDA (disfunción de la memoria o pérdida de la memoria); necesidad médica de usar anestesia general; daño permanente a órganos; daño cerebral.

\_\_\_\_ SEDACIÓN MODERADA (disfunción de la memoria o pérdida de la memoria); necesidad médica de usar anestesia general; daño permanente a órganos; daño cerebral.

Comentarios o riesgos adicionales:

---

---

**Marque si corresponde y haga que el paciente o el representante legal ponga sus iniciales:**

\_\_\_\_ ANESTESIA PRENATAL O DE LA INFANCIA TEMPRANA: posibles efectos negativos a largo plazo sobre la memoria, el comportamiento y el aprendizaje con la exposición prolongada o repetida a la anestesia general o sedación moderada o sedación profunda durante el embarazo y la infancia temprana.

**Dar consentimiento para la anestesia o analgesia**

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos descritos anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre:

1. Formas alternativas de anestesia o analgesia.
  2. Los pasos que se darán durante la administración de la anestesia o analgesia, y
  3. Los riesgos y peligros que conlleva la anestesia o analgesia.
- Considero que he recibido suficiente información para dar este consentimiento informado.
  - Certifico que se me ha explicado completamente el contenido de este formulario y que los espacios en blanco han sido llenados.
  - He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
  - Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las declaraciones anteriores no es aplicable a usted, comuníquese con su médico o proveedor de atención médica antes de continuar.

---

**EL PACIENTE/OTRO REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO (la firma es obligatoria)**

---

**Nombre en letra de molde**

**Firma**

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación

con el paciente: \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_ **A.M./P.M.**

**TESTIGO:**

---

**Nombre en letra de molde**

**Firma**

---

**Dirección (calle y número o apartado postal)**

---

**Ciudad, estado y código postal**