

Patient Sticker

PATIENT ANESTHESIA CONSENT

Consent: I consent to and authorize Dr. _____ to administer anesthesia and perform invasive monitoring as appropriate for my scheduled procedure.

Planned Anesthetic Technique: The following anesthetic technique(s) are planned for my procedure and have been explained to me by my Anesthesia Provider or Physician. Reasonable alternative techniques and their most frequent risks and hazards have been explained to me. Certain complications may result from the use of any anesthetic including respiratory problems, drug reaction, paralysis, brain damage or death.

- General anesthesia** is a drug-induced loss of consciousness during which patients are not arousable, even by painful stimulation. The ability to independently maintain ventilatory function is often impaired. Patients often require assistance in maintaining a patent airway, and positive pressure ventilation may be required because of depressed spontaneous ventilation or drug-induced depression or neuromuscular function. Cardiovascular function may be impaired.
- Deep sedation/analgesia:** is a drug-induced depression of consciousness during which patients cannot be easily aroused but respond purposefully following repeated or painful stimulation. The ability to independently maintain ventilatory function may be impaired. Patients may require assistance in maintaining a patent airway, and spontaneous ventilation may be inadequate. Cardiovascular function is usually maintained.
- Moderate sedation/ analgesia (conscious sedation):** is drug-induced depression of consciousness during which the patients responds purposefully to verbal commands, either alone or accompanied by light tactile stimulation. No interventions are required to maintain a patent airway, and spontaneous ventilation is adequate. Cardiovascular function is usually maintained.
- Minimal sedation:** is a drug-induced state during which patients respond normally to verbal commands. Ventilatory and cardiovascular functions are unaffected.
- Spinal/epidural anesthesia:** is when a portion of my body is numbed by the injection of drugs through a needle inserted into the appropriate space in my back.
- Regional anesthesia:** is the application of anesthetic medication around the nerve or nerves in a major region of the body, which supply the area that is targeted for the abolition of painful neural impulses. No interventions are required to maintain a patent airway, and spontaneous ventilation is adequate. Cardiovascular function is usually maintained.
- Local or Topical anesthesia:** the application of local anesthetic agents, in appropriate doses adjusted for weight. The application or injection of a drug or combination of drugs to stop or prevent a painful sensation to a circumscribed area of the body where a painful procedure is to be performed. Ventilatory and cardiovascular functions are unaffected.

Other techniques: I am aware that unforeseen problems may arise prior to or during management of my anesthetic which may require the use of additional or different techniques. If a change is advisable on the basis of findings, I hereby request and authorize the use of additional techniques, procedures and treatments as are considered advisable by the performing physician.

I have been informed of the usual and most frequent risks and specific hazards inherent in the proposed anesthetic, which may include, but not limited to the following: respiratory problems, nausea, vomiting, damage to teeth including chipping and cracking, drug reactions, sore throat, hoarseness, muscle soreness, pain, infection, bleeding, and changes in blood pressure.

Spinal and epidural anesthesia additional risks and hazards may include, but are not limited to the following: Pain, bleeding, infection, temporary or permanent nerve damage, numbness or loss of feeling, headaches, and drug reactions including seizure, back soreness, changes in blood pressure.

I have had the opportunity to ask question and have received all of the information I desire concerning the plan of anesthesia care and authorize and consent to the anesthesia plan of care.

Signature of Patient _____ Date _____ Time _____

Signature of Anesthesia Provider _____ Date _____

Signature of Parent/Guardian/Other Legally Responsible Party _____

Relationship _____ Date _____

Witness _____ Date _____ Time _____

Patient Sticker

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA
AUTORIZAR LA APLICACION DE ANESTESIA**

Consentimiento: Por el presente otorgo mi consentimiento y autorizo al Dr. _____, profesional responsable de administrar o supervisar la administración de la anestesia y realizar la monitorización invasiva que corresponda para realizarme el procedimiento previsto.

Técnica anestésica programada: Las siguientes técnicas anestésicas son las indicadas para realizarme el procedimiento previsto y el profesional responsable de administrar o supervisar la administración de la anestesia me ha brindando una explicación sobre ellas. También me han explicado las técnicas alternativas y los riesgos y peligros más frecuentes.

- Anestesia General:** Es una pérdida inducida por medicamento de la conciencia durante el cual los pacientes no son despertables, incluso por la estimulación dolorosa. La capacidad de mantener independientemente función de ventilación es frecuentemente afectada. Pacientes frecuentemente necesitan ayuda en el mantenimiento de una vía aérea y la ventilación con presión positiva puede ser necesaria debido a la ventilación espontánea deprimida o depresión inducida por la droga o la función neuromuscular. La función cardiovascular puede verse afectada.
- Sedación Profunda/ Analgesia:** Es una depresión inducida por medicamento de la conciencia durante el cual los pacientes no pueden ser despertados fácilmente, pero responden a propósito después de la estimulación repetida o dolorosa. La capacidad de mantener independientemente la función ventilatoria puede verse afectada. Los pacientes pueden necesitar asistencia en el mantenimiento de una vía aérea del paciente y ventilación espontánea puede ser insuficiente. La función cardiovascular se mantiene por lo general.
- Sedación Moderada/ Analgesia (Sedación Consciente):** Es una depresión inducida por medicamentos de la conciencia durante el cual los pacientes responden a propósito a las órdenes verbales, ya sea solos o acompañados de estimulación táctil de luz. No se requieren intervenciones para mantener una vía aérea permeable y ventilación espontánea es adecuada. La función cardiovascular se mantiene por lo general.
- Sedación Mínima:** Es un estado inducido por medicamento durante el cual los pacientes responden normalmente a las órdenes verbales. Funciones ventilatorias y cardiovasculares no se ven afectadas.
- Espinal Anestesia/ Epidural:** Es cuando una parte de mi cuerpo es entumecido por la inyección de medicamento a través de una aguja insertada en el espacio apropiado en la espalda.
- Anestesia Regional:** Es la aplicación de la medicación anestésica alrededor del nervio o nervios en una región importante del cuerpo, que abastecen el área que está dirigido por la supresión de los impulsos neuronales dolorosas. No se requieren intervenciones para mantener una vía aérea permeable y ventilación espontánea es adecuada. La función cardiovascular generalmente se mantiene.
- La anestesia local o Tópica:** La aplicación de agentes anestésicos locales, en dosis apropiados ajustados por peso. La aplicación o inyección de un medicamento o combinación de medicamentos para detener o prevenir una sensación dolorosa al área circunscrita del cuerpo donde un procedimiento doloroso se va a realizar. Funciones ventilatorias y cardiovasculares no se ven afectadas.

Otras técnicas: Entiendo que pueden surgir problemas imprevistos antes o durante la administración de mi anestésico que pueden requerir de la aplicación de técnicas adicionales o distintas. Si se aconseja un cambio en base a las observaciones diagnósticas o clínicas, por el presente solicito y autorizo el uso de técnicas, procedimientos y tratamientos adicionales que el médico responsable considere recomendables.

He sido informado de los riesgos usuales y más frecuentes y los riesgos específicos inherentes a la anestesia propuesta, que pueden incluir, pero no limitado a la siguiente: problemas respiratorios, náusea, vómitos, daño a los dientes incluyendo astillados o grietas, reacciones a medicamentos, dolor de garganta, ronquedad, dolor muscular, dolor, infección, sangrado, y cambios en la presión arterial.

He tenido oportunidad de hacer preguntas y he recibido toda la información que necesito sobre el Plan de Cuidados Anestésicos, por lo cual otorgo mi consentimiento y autorizo para que se proceda con este plan.

.....
Firma del paciente

Fecha Hora

.....
Firma del profesional responsable de administrar
o supervisar la administración de la anestesia

Fecha

.....
Firma del padre, tutor u otro representante legal responsable

.....
Relación

Fecha

.....
Firma del testigo

Fecha Hora