



PATIENT CONSENT FOR CONSCIOUS SEDATION FOR ANESTHESIA

Consent: I consent to and authorize Dr. _____ to direct the administrations of minimal or conscious sedation by a qualified Registered Nurse who will perform continuous monitoring as appropriate for my scheduled procedure under my physicians' direct supervision. I understand that any topical or local anesthesia will be administered by my physician.

Planned Anesthetic Technique: The following anesthetic technique(s) are planned for my procedure and have been explained to me by my Anesthesia Provider. 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.

- Local/Topical Anesthesia: 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. There also are no systemic effects, such as altered level of consciousness that some anesthesia causes.
Minimal sedation (anxiolysis): Is a drug-induced state during which patients respond normally to verbal commands. Although cognitive function and coordination may be impaired, ventilatory and cardiovascular functions are unaffected.
Moderate sedation/analgesia (conscious sedation): Is a drug-induced depression of consciousness during which patients respond 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.

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 understand the procedure and have been informed of the risks. My signature on this form indicates that I have read and understood the information provided in this form, the anesthesia plan of care has been adequately explained to me, I have had a chance to ask questions, I have received all the information I desire concerning the anesthesia plan of care and I authorize and consent to the anesthesia plan.

X _____ Date: _____ Time _____ AM/PM
Signature of patient

X _____ X _____
Signature of Parent/Guardian/Legally Responsible Party Witness

I, the undersigned physician, hereby certify that I have discussed the procedure described in the consent form with the patient or the patient's legal representative, including the anesthesia plan and type of anesthesia to be used, the risks and benefits or effects of the anesthesia, any adverse reactions that are reasonable be expected to occur, the potential problems that may occur during recuperation, and the likelihood of achieving treatment goals.

X _____ Date: _____ Time _____ AM/PM
Physician signature

Patient Sticker

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA SEDACIÓN CONSCIENTE PARA LA ANESTESIA

Consentimiento: Doy mi consentimiento y autorizo al Dr. _____ Para dirigir la administración de sedación mínima o consciente por una enfermera registrada calificada que llevará a cabo un seguimiento continuo en su caso para mi procedimiento programado bajo supervisión directa de mi médico. Entiendo que cualquier anestesia tópica o local será administrada por mi médico.

Técnica anestésica prevista : La siguiente técnica anestésica (s) están previstas para mi procedimiento y se han explicado a mí por mi proveedor de la anestesia. Técnicas alternativas razonables y sus riesgos más frecuentes y peligros han sido explicados. Ciertas complicaciones pueden resultar del uso de cualquier anestésico incluyendo problemas respiratorios, reacción a medicamentos, parálisis, daño cerebral o muerte.

- Anestesia local / tópica:** la aplicación o inyección de un medicamento o combinación de medicamentos para detener o prevenir una sensación dolorosa a un área circunscrita del cuerpo donde un procedimiento doloroso se va a realizar. No hay efectos sistémicos, como el nivel de alteración de la conciencia como algunas de las anestésicas podría ocasionar.
- Sedación mínima (ansiolisis):** es un estado inducido por medicamento durante el cual los pacientes responden normalmente a las órdenes verbales. Aunque función cognitiva y la coordinación puede verse afectada, las funciones ventilatoria y cardiovascular no se ven afectadas. Óxido nitroso inhalado en bajas concentraciones que razonablemente no se espera que resulte en la pérdida de la vida de los pacientes conservar los reflejos protectores sería considerado sedación mínima.
- 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 ligera. No se requieren intervenciones para mantener una vía aérea permeable y ventilación espontánea es adecuada. Por lo general la función cardiovascular se mantiene.

Otras técnicas: soy consciente de que pueden surgir problemas imprevistos antes o durante la gestión de mi anestésico que puede requerir el uso de técnicas adicionales o diferentes. Si un cambio es aconsejable sobre la base de los resultados, pido y autorizo el uso de técnicas adicionales, procedimientos y tratamientos que se consideren aconsejables por el médico.

Entiendo el procedimiento y he sido informado (a) de los riesgos. Mi firma en este formulario indica que he leído y comprendido la información proporcionada en este formulario, el plan de la anestesia ha sido explicado adecuadamente, incluso he tenido la oportunidad de hacer preguntas y también he recibido toda la información que deseo en relación con el plan de la anestesia y doy autorización y consentimiento para el plan de anestesia.

X _____ Fecha: _____ Hora _____ AM/PM

Firma del paciente

X _____ X _____

Firma del Padre/ Tutor /Legalmente Responsable

Testigo Partido

Yo, el médico firmante, certifico que he discutido el procedimiento descrito en el formulario de consentimiento con el paciente o el representante legal del paciente, incluyendo el plan de anestesia y el tipo de anestesia que se utilizará, los riesgos y los beneficios o efectos de la anestesia, las reacciones adversas que sean razonables, y los posibles problemas que puedan ocurrir durante la recuperación, y la probabilidad de alcanzar los objetivos del tratamiento.

X _____ Fecha: _____ Hora _____ AM/PM

Physician signature