



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA **ANESTESIA LOCAL** **MÁS SEDACIÓN**



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL MÁS SEDACIÓN

Yo, en nombre del paciente identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de este documento para firma electrónica, declaro que el doctor(a) de quien recibo la atención de mi actual condición de salud, me ha explicado que me deben realizar un procedimiento médico-quirúrgico con **ANESTESIA LOCAL MAS SEDACIÓN** con el objetivo de **ELIMINAR LA SENSACIÓN DE DOLOR EN EL SITIO DEL PROCEDIMIENTO Y EVITAR RECUERDOS, SENSACIONES DESAGRADABLES, MOVIMIENTOS, INCOMODIDAD Y ANSIEDAD** durante el procedimiento, aplicándome por vía intravenosa uno o varios medicamentos que me producen sedación (sueño y ausencia de recuerdo del procedimiento) y disminución del dolor mientras me practican el procedimiento. Durante la sedación estoy siendo monitorizado permanentemente por el especialista en **ANESTESIOLOGÍA**. El beneficio esperado es eliminar el dolor, el recuerdo y la ansiedad, también evitar movimientos durante el procedimiento. Se me ha explicado que, aunque la Clínica se ciñe a estándares y protocolos de práctica clínica segura propios del procedimiento, existen riesgos de muy baja frecuencia, que se mencionan a continuación:

- Disminución transitoria de la presión arterial.
- Disminución transitoria de la capacidad de respirar espontáneamente.

- Sueños o recuerdo de eventos intraoperatorios.
- Reacción alérgica a algunos de los medicamentos que me apliquen durante la intervención.
- Extravasación, es decir, que se salga de la vena, alguno de los medicamentos intravenosos para lograr la sedación y que me irrite la piel, tejido subcutáneo, músculos y otros tejidos adyacentes al sitio de punción.
- Infección en el sitio de aplicación de los medicamentos intravenosos para lograr la sedación.
- En ocasiones y según el estado de base de su dentadura, podrían presentarse trauma o lesiones dentales.
- Pueden presentarse náuseas o vómito, que podría ocasionar aspiración del contenido del estómago hacia los pulmones, por esto es muy importante seguir las instrucciones de ayuno que le da su anestesiólogo.
- En casos extremadamente raros estos eventos, principalmente la reacción alérgica y la descompensación de enfermedades de base, pueden progresar y convertirse en una condición que requiera hospitalización, otras terapias médicas, reanimación u ocasionar la muerte.

Otras alternativas para el manejo de la condición son: anestesia local (sin asistencia de anestesiólogo ni aplicación de medicamento intravenoso para lograr sedación). Esta podrá ser considerada según

criterio médico, las enfermedades de base del paciente y el tipo de procedimiento que se va a realizar.

Me han explicado que tengo total autonomía para **REVOCAR** la decisión de someterme a este tipo de anestesia y en caso de negarme la consecuencia es que según el tipo de procedimiento y mis enfermedades de base, podría no ser posible realizarme el procedimiento, o en otros casos se podría realizar con anestesia local sin los beneficios de la sedación que son ausencia de dolor, de recuerdos y de movimientos.

En caso de cualquier duda, podré comunicarme telefónicamente con la Institución para pedir asesoría y en este caso un profesional de la salud me devolverá la llamada aclarando mis dudas.

Soy consciente de que en caso de omitir o distorsionar información sobre mis antecedentes médicos como alergias y medicamentos que tomo, puedo poner en riesgo mi vida durante la realización del procedimiento y asumo las consecuencias de toda información falsa u omitida al respecto.

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente los beneficios y riesgos de la sedación. También manifiesto que me han sido aclaradas todas las dudas. Doy mi consentimiento para que se efectúe el y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio del anestesiólogo que lo lleve a cabo.

OBSERVACIONES

1. Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.
2. El presente documento se encuentra en una plataforma digital para su firma electrónica. Al paciente o tutor legalmente constituido se le entrega este texto para que lo lea previamente al procedimiento y el día de la cirugía o unos días antes lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.
3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disentimiento a realizarse el procedimiento descrito en este documento, por tanto es obligatorio firmarlo si el paciente efectivamente acepta los riesgos y condiciones mencionados para poder hacer el procedimiento.
4. El personal de la Clínica le dará indicaciones sobre cómo realizar el registro de firma electrónica mediante dispositivo y softwares diseñados para tal fin.

CONECTÉMONOS
Clic en el ícono





Cuidamos el planeta a través de pequeñas cosas:
no imprimimos documentos sin ser necesario.

PBX: (604) 444 3527 Ext. 121

Procedimientos o cirugías: 315 361 6676

Retiro de puntos: 316 442 5515

Programación consulta: 305 291 2287 - 323 225 2247

Cra. 46 #7-12 y Calle 7 #45-29

Patio Bonito – Poblado, Medellín, Colombia

info@clinicaaurora.co - programacioncirugia@clinicaaurora.co

www.clinicaaurora.com.co / virtual.clinicaaurora.com.co