

Procedimiento:     Esofagogastroduodenoscopia     Colonoscopia     Sigmoidoscopia Flexible

Anestesia Planeada:    **Monitoreo del Cuidado de la Anestesia**

Con la presente entiendo que será necesario estar bajo anestesia con el fin de realizar el procedimiento descrito anteriormente y doy mi consentimiento para el uso de anestesia según lo considere necesario y apropiado mi anesthesiólogo, cirujano y enfermero anestesista a **excepción de los siguientes tipos de anestesia:**

Ninguna \_\_\_\_\_

La anestesia involucra riesgos adicionales además de los riesgos del procedimiento en sí. Estos riesgos pueden incluir, entre otros, reacciones adversas a medicamentos, daño cerebral, daño neurológico, lesión de nervios, daño a la dentadura o trabajo dental, daño a las cuerdas vocales, complicaciones respiratorias, daño a las arterias o venas, dolores de cabeza, dolores de espalda, dolor leve y malestar, empeoramiento de la/s enfermedad/es que ya existe/n o la muerte.

El propósito, la necesidad y los riesgos de la anestesia como también la identidad de aquellos individuos que van a brindar los cuidados anestésicos se me han notificado a mi entera satisfacción por

\_\_\_\_\_ MD/CRNA.

Yo entiendo que es mi responsabilidad discutir problemas anteriores que haya tenido con la anestesia, alergias, medicamentos o algún otro problema que haya podido tener, lo cual podría afectar los resultados. Además, garantizo que ha habido suficientes oportunidades para discutir el tratamiento propuesto, los riesgos asociados y los tratamientos alternativos.

No se me ha garantizado o no hay garantía en cuanto al resultado de los procedimientos anestésicos.

**Yo declaro y certifico que he leído todo lo anterior y entiendo que es verdadero.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (Persona Autorizada)

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del Anestesiologo

INS:  
DOS:  
AGE:  
DR:  
ACT#:  
DOB: AGE:  
NAME: