

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Procedimiento: _____ Médico responsable: _____

CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA

Doy mi consentimiento para la administración de Anestesia o Sedantes y para el uso de dichos anestésicos o sedantes conforme mi médico lo considere apropiado. Certifico que he leído y entendido completamente la declaración de consentimiento anterior habiéndome explicado mi médico los riesgos, beneficios, alternativas y posibles complicaciones, que Médico responsable _____ me brindó las explicaciones mencionadas en el presente y yo las he entendido y que fueron completados todos los espacios o frases que requieren ser llenados o completados o bien, ya estaban incluidos antes de que yo firmara.

Plan de anestesia:

- ☐ SEDACION MODERADA
- ☐ SEDACION PROFUNDA
- ☐ ANESTESIA GENERAL
- ☐ ANESTESIA LOCAL
- ☐ NO ANESTHESIA
- ☐ SEDACION CONSCIENTE

Por la presente certifico que los riesgos y beneficios del procedimiento / tratamiento propuesto, así como las alternativas, han sido explicados por el paciente o la persona autorizada.

Firma: PACIENTE / PERSONA AUTORIZADA

FECHA

Firma: FE

FECHA

Firma: ANESTESISTA

FECHA