



## CENTRO DE ENDOSCOPIA Y CIRUGIA GARDEN STATE

200 Sheffield Street, Suite 101, Mountainside, NJ 07092 Phone: 908-241-8900

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:

- Anestesia General
- Sedación moderada
- Sedación profunda
- No Anestesia
- Sedación 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

Por la presente certifico que los riesgos y beneficios del procedimiento / tratamiento propuesto, así como las alternativas que se han explicado al paciente o responsable del otro.

\_\_\_\_\_  
Firma: ANESTHESIOLOGIST

\_\_\_\_\_  
FECHA