



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ANESTESIA

(DS.N°027-2015-SA. Reglamento de la Ley N°29414. Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Ley General de Salud N° 26842 .RD N°/20..../INSNSB)

Nombre del Procedimiento:

☐ Anestesia General ☐ Sedación ☐ Anestesia Regional ☐ Bloqueo Periférico

Servicio: Anestesiología y Centro Quirúrgico

Diagnóstico:.....

Cirugía o procedimiento programado:.....

Descripción del Procedimiento:

☐ Anestesia General

Es un procedimiento que lleva a la pérdida total de la conciencia (de forma reversible) en niveles profundos.

☐ Sedación

Es un procedimiento que lleva a la pérdida total o parcial de la conciencia en niveles superficiales.

☐ Anestesia Regional

Es un procedimiento que Bloquea la función motora y sensitiva de una región del cuerpo.

☐ Bloqueo Periférico

Es un procedimiento que bloquea la función motora y sensitiva de una parte del cuerpo.

Objetivos del Procedimiento

Anestesia General o Sedación	Anestesia Regional	Bloqueo Periférico
Llevar al paciente, de forma reversible, a una pérdida total o parcial de la conciencia, vigilando sus funciones vitales, para permitir que se realice la cirugía o procedimiento que requiera.	Bloquear la función motora y sensitiva de la mitad o de los dos tercios inferiores del cuerpo, vigilando sus funciones vitales (con o sin sedación), para permitir que se realice la cirugía o procedimiento que requiera.	Bloquear la función motora y sensitiva de una parte del cuerpo, vigilando sus funciones vitales (con o sin sedación), para permitir que se realice la cirugía o procedimiento que requiera.

Beneficios Esperados:

Anestesia General o Sedación	Anestesia Regional	Bloqueo Periférico
Permitir la realización de la cirugía o el procedimiento bajo los efectos de la anestesia, es decir sin dolor.	Permitir la realización de la cirugía o el procedimiento bajo los efectos de la anestesia, es decir sin dolor.	Permitir la realización de la cirugía o el procedimiento bajo los efectos de la anestesia, es decir sin dolor.

Riesgos o Complicaciones Frecuentes:

Anestesia General o Sedación	Anestesia Regional	Bloqueo Periférico
1.- Arritmia Cardíaca 2.- Cefalea 3.- Náuseas y vómitos 4.- Inflamación del sitio de la venopunción 5.- Dolor de garganta 6.- Lesiones por presión en la piel.	1.- Arritmia Cardíaca 2.- Hipotensión 3.- Náuseas y vómitos 4.- Lesiones por presión en la piel.	1.- Hipotensión 2.- Náuseas y vómitos 3.- Lesiones por presión en la piel.

Riesgos o Complicaciones poco Frecuentes:

Anestesia General o Sedación	Anestesia Regional	Bloqueo Periférico
1.- Lesiones en los dientes y encías. 2.- Broncoaspiración 3.- Broncoespasmo 4.- Laringoespasmo 5.- Hipoxia 6.- Paro cardíaco 7.- Muerte	1.- Punción dural 2.- Cefalea 3.- Parestesias 4.- Paraplejía 5.- Inflamación, infección o Hematoma en el sitio de la punción. 6.- Paro cardíaco 7.- Muerte	1.- Parestesias 2.- Daño permanente al Nervio. 3.- Inflamación, infección o hematoma en el sitio de la punción. 4.- Paro cardíaco 5.- Muerte

Consecuencias previsibles de la NO realización de la Anestesia:

Anestesia General	Anestesia Regional	Bloqueo Periférico
No realización de la cirugía o procedimiento programado	No realización de la cirugía o procedimiento programado	No realización de la cirugía o procedimiento programado



Describir posibilidad de Tratamiento Alternativo

No Hay Tratamiento Alternativo.

Riesgos en Función de las Particularidades del Paciente: (comorbilidades)

.....
.....

Observaciones:

1.- Ayuno Requerido:

Sólidos..... Líquidos..... Líquidos claros o leche materna.....

2.- Manejo de la vía aérea:

() Mascarilla Facial () Mascarilla Laríngea () Tubo endotraqueal

3.- Posición Necesaria para la cirugía o procedimiento

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte ()
N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente
_____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____,
Historia Clínica N° _____, con el Diagnóstico: _____

Declaro:

Que el Médico Anestesiólogo _____ con CMP N° _____, y RNE N° _____, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización del procedimiento Anestésico adecuado para la siguiente cirugía o procedimiento
sobre el cual he sido informado. Así mismo he comprendido los beneficios, probables riesgos o complicaciones del mismo.
Por lo tanto con la información completa, oportuna y sin presión; yo, voluntaria y libremente:

Doy mi Consentimiento para el siguiente Procedimiento Anestésico.....

.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____



Huella Digital

San Borja, dedel 20.....

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____, identificado (a) con DNI (), C.E. (), Pasaporte ()
N° _____, en calidad de Madre (), Padre (), Apoderado/Tutor Legal () del (la) paciente
_____, con _____ de edad, identificado con DNI N° _____, Historia
Clínica N° _____, de forma libre y consciente he decidido **Revocar el Consentimiento** firmado en fecha
_____ para la realización de _____ y asumo las consecuencias que de ello
puedan derivarse para la salud o la vida de mi representado.

.....
San Borja, dedel 20.....

Firma del Representante Legal

Nombre _____

DNI N° _____



Huella Digital

Firma del Médico Responsable

CMP N° _____

RNE N° _____