

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

1) \_\_\_\_\_, afiliado a COSEM, autorizo a practicar el acto anestésico que me ha sido propuesto por el Dr. \_\_\_\_\_ para permitir el procedimiento de diagnóstico/tratamiento que se me practicará.

2) Dejo constancia de que el Dr. \_\_\_\_\_, me ha explicado el procedimiento, las razones de la indicación y las alternativas posibles.

Se me explicó que la anestesia es necesaria para poder practicar el procedimiento sin dolor y con la mayor seguridad posible, bajo estrictos controles y vigilancia permanente.

Se me informó sobre los riesgos, complicaciones y efectos indeseados normalmente previsible.

Se me informaron los riesgos generales de cualquier procedimiento anestésico, derivado de la punción de venas, las maniobras de intubación traqueal y la administración de sueros y medicamentos.

También se me informó especialmente sobre las eventuales complicaciones y efectos indeseados que, en mi caso, presenta el procedimiento anestésico que se me propone, a saber:

---

---

---

---

---

He comprendido las explicaciones dadas por el Médico y las respuestas a mis preguntas, así como que no se me garantizan los resultados del procedimiento.

3) Acepto la utilización de la medicación anestésica considere necesaria el Médico Anestesiólogo responsable, con la excepción de: \_\_\_\_\_

4) Observaciones del paciente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Firma del paciente o representante autorizado:

C.I									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA			
-------	--	--	--

DÍA MES AÑO

Razón por la que la firma está a cargo de un representante: