

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA

San Bartolo Coyotepec, Oaxaca a ____ de _____ del 201__.

Yo _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en calidad de familiar, tutor y/o representante legal del paciente que responde al nombre de: _____, con número de expediente: _____, Edad: ____ años, ____ meses, ____ días.
Sexo: _____.

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. **Acepto** al Dr. (a) _____ quien ha sido designado por el Hospital como el Médico Anestesiólogo de mi representado, quién cuenta con cédula profesional expedida por la Dirección General de Profesiones.
2. Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda, o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca y tos; hasta severas tales como aspiración del contenido gástrico hacia vía aérea, descompensación de enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nerviosas o de médula espinal. Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendrá mi representado con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar su estado de salud.
3. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que pueden deberse al estado de salud actual, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona el procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido se someta mi representado.
4. Estoy consciente de que puede requerir de tratamientos complementarios que aumente su estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
5. El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y **ACEPTO** anestesia tipo _____ que es de carácter electivo___ urgente___ y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
6. En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
7. **Se me ha informado que de no existir este documento en el expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento planeado.**

En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que mi representado, pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anesthesiólogo para que de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico-quirúrgico o de acuerdo a las condiciones físicas y / o emocionales de mi representado, lo anterior con fundamento en el Artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y en la Norma Oficial Mexicana **NOM-004-SSA3-2012** del Expediente Clínico.

Nombre completo, cédula profesional y firma
del médico

Nombre completo y firma del familiar, tutor
y/o representante legal

Nombre completo y firma del Testigo 1

Nombre completo y firma del Testigo 2

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NIEGO el consentimiento para que sean practicados en mi representado el manejo de la técnica anestésica y lo que derive de ella, consciente de que he sido informado de las consecuencias que resulten de esta negativa.

Nombre completo y firma del familiar, tutor
y/o representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____ y es mi deseo no proseguir el manejo anestésico que se indica en mi representado a partir de esta fecha _____, relevando de toda responsabilidad al anesthesiólogo, toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

Nombre completo y firma del familiar, tutor
y/o representante legal