



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Bogotá, D.C.

SOPORTE DOCUMENTAL

FECHA Y HORA						CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO
DIA	30	MES	09	AÑO	2015	

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
MIGUEL	ANGEL	CASTRO	URQUINA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					
DIA	26	MES	02	AÑO	1956

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	NUMERO DE REGISTRO DE ARCHIVO
CC	17632268	0000205543

ANEXO DOCUMENTAL



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Bogotá, D.C.

**CONSENTIMIENTO
INFORMADO
Procedimiento anestésico**

FECHA Y HORA						
DIA	30	MES	09	AÑO	2015	SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
MIGUEL	ANGEL	CASTRO	URQUINA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					
DIA	26	MES	02	AÑO	1956

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	NUMERO DE REGISTRO DE ARCHIVO
CC	17632268	0000205543

NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR
ANESTESIA LOCAL ASISTIDA VS GENERAL

DECLARACION

Me han explicado reiterada y persistentemente en forma clara y lenguaje sencillo y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento anestésico. También, me han aclarado todas las dudas y me han explicado los posibles riesgos y complicaciones, así como la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento si fuese estrictamente necesario.

Se me dió a conocer ampliamente y soy consiente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento anestésico. Comprendo perfectamente en que consiste el procedimiento y que será realizado por los profesionales anestesiólogos del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA.

Doy mi consentimiento para que practiquen el procedimiento anestésico descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios y convenientes durante la realización del mismo, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Entiendo que el anestesiólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Entiendo que en caso de no aceptar el procedimiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución, evento en el cual asumo consciente y voluntariamente las consecuencias que de ello se me puedan derivar, las cuales también fueron puestas en mi conocimiento y aceptó.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos imprevisibles (reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, o medios de contraste, productos sanguíneos y Elementos de monitoría).



Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoria invasiva intraoperatoria necesaria (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del procedimiento, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.

Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional (transfusión de sangre) de los diferentes componentes si fuese necesario durante el procedimiento quirúrgico. Habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

Puedo revocar este consentimiento cuando en mi bien se presuma oportuno.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y lo suscribo libre y espontáneamente, certificando además que he adquirido un conocimiento cualificado: profundo e integral sobre la naturaleza del procedimiento, efectos, riesgos, limitaciones, alternativas y que la información ha sido persistente a lo largo del proceso de atención.

CC. N° 17632268

CC. N°

PACIENTES SIN CAPACIDAD CONSENTIR: Como tutor se que el paciente en mención ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento anestésico explicado. He leído la declaración presente. El anestesiólogo me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se administra y para que sirve este acto anestésico; también me han detallado sus riesgos y potenciales complicaciones por ello doy mi consentimiento para la realización del mismo.

Nombre del tutor legal:

CC. N° 17.632268 File 01

Nombre del médico que tramitó este consentimiento:

Firma:

Dra. Carmen M. Rueda CH.
Anestesiología y Reanimación
FUSM
R.M. 1.065.584.872

[illegible]