



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA

Nuestros valores: Diligencia, innovación,
compromiso, justicia, honestidad,
respeto



Susana
Luz de Valencia E. S. E.



Hospital Susana López de
Valencia E.S.E.
Nit: 891501676-1
SLV-GC-01-F-01

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
(En cumplimiento de la Ley 23 de 1.981)

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE				No. DE IDENTIFICACIÓN O HISTORIA CLÍNICA	
Laura Julieta Alvarez Chavaco.				1064430735	
EDAD	14.	FECHA	31-05-22	HORA	
NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR					
Caudal					
TÉCNICA ANESTÉSICA					
Regional					

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

1. Se me ha explicado en forma clara; lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el Anestesiólogo empleará todos los medios de su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existe garantías absolutas de resultados con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Descripción del procedimiento y riesgos:

Técnica general y sedación: Es una técnica anestésica en la que el paciente no está consciente durante su procedimiento quirúrgico, y es aplicada a través de medicamentos por vía endovenosa y/o por vía inhalatoria.

Los riesgos y las complicaciones de esta técnica, de la instrumentación y manejo de la vía área son: tos, ronquera, laringoespasma, broncoespasmo, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertemia, alteraciones cognitivas y psicomotoras, arritmias convulsiones, recuerdos intraoperatorios, lesiones oculares o dentales, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Es la técnica anestésica en la que por medio de una punción en la región de la columna, se alcanza el espacio epidural o raquídeo inyectándose el anestésico. Esto producirá anestesia del sitio quirúrgico.

Los riesgos y las complicaciones de esta técnica son: hematoma absceso epidural, lesión neurológica temporal o definitiva, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, toxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, paro cardiorespiratorio y muerte.

Bloqueos regionales: Esta técnica pretende dar anestesia localizada en el sitio de la cirugía, poniendo una inyección en el plexo nervioso más cercano, esto producirá una pérdida de la fuerza muscular y de la sensibilidad en la extremidad a bloquear.

Los riesgos y las complicaciones de esta técnica son: toxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor limitación funcional, paro cardiorespiratorio y muerte.

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 como reacciones alérgicas y/o idiosincráticas a medicamentos, productos sanguíneos y/o elementos de monitoria.





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA

Nuestros valores: Diligencia, innovación,
compromiso, justicia, honestidad,
respeto



Hospital Susana López de
Valencia E.S.E.
Nit: 891501676-1
SLV-GC-01-F-01

2. Doy mi testimonio para que se efectuó el procedimiento descrito arriba, los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.
3. Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.
4. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Se me informo que tengo derecho a recibir apoyo emocional y espiritual, así mismo se me informó que si requiero información adicional, el médico tratante está disponible y puedo solicitar ampliar dudas sobre el manejo y conductas tomadas.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS

	102944096
Firma del Anestesiólogo responsable de la Consulta Pre - anestésica	Documento de identidad
Firma del Anestesiólogo responsable del Procedimiento Anestésico	Documento de identidad
Firma del Paciente	Documento de identidad

Sé que el paciente: Leiva Juliana Flores Chuvaco

Ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica anestésica arriba anotada. El anestesiólogo me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se administra y para qué sirve este acto anestésico, también me han detallado sus riesgos y potenciales complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente, y por ello, Yo Gersain Flórez Aranda con documento de identidad 10 791907 doy mi consentimiento para la realización del mismo.

<u>Gersain Flórez Aranda</u>	<u>Gersain</u>	<u>papá</u>
Nómbre del Familiar o Tutor	Firma	Parentesco

D. DISENTIMIENTO Y FIRMAS

De manera libre y voluntaria, decido no someterme al procedimiento anestésico propuesto o no continuar y revocar el consentimiento ya otorgado y asumir las consecuencias previstas e imprevistas, informadas y explicadas por el Profesional de Salud. De esta manera se exonera de toda responsabilidad ética, disciplinaria, civil y/o penal a la institución y profesionales tratantes.

Firma del Paciente	Documento de identidad