

## **American Anesthesiology of New Jersey (AANJ)**

### **Consentimiento informado y autorización para la administración de anestesia**

Yo, {PATIENT FIRST NAME} {MIDDLE INITIAL} {LAST NAME}, entiendo que los servicios de anestesia son necesarios y son esenciales para mi cirugía próxima.

Un médico anesthesiologo y/o enfermero anesthesiologo certificado y registrado (CRNA) me atenderá para ayudarme a estar seguro y cómodo durante la cirugía. El médico y/o enfermero anesthesiologo certificado y registrado (CRNA) que administrara la anestesia no es un empleado de la instalación.

Los 3 tipos de anestesia que se utilizan para la cirugía de los ojos son anestesia general, anestesia local y anestesia tópica. En Essex SpecializedSurgicalInstitute(Instituto quirúrgico especializado) no utilizamos anestesia general. La anestesia local consiste de una inyección cerca del ojo para hacer que la región alrededor se adormezca, similar a lo que haría el dentista para trabajar con los dientes de un paciente. Esta se combina con sedación intravenosa. La anestesia tópica involucra el uso de gotas o una gelatina viscosa en los ojos para adormecer el ojo y puede ser combinado con una anestesia local dentro del ojo y/o sedación intravenosa. La decisión de usar anestesia local o topica es tomada principalmente por su cirujano y esta decisión es basada en lo que su cirujano opine que es mejor para la cirugía y es mejor para usted. Ningún tipo de anestesia puede garantizar un resultado perfecto y ninguna es necesariamente “mejor” que la otra. Si se elige la técnica de anestesia topica, se puede convertir a anestesia local, ya sea antes o durante la cirugía, después de una consulta y conversación entre su anesthesiologo y/o enfermero anesthesiologo certificado y registrado (CRNA) y su cirujano. Generalmente, esto se hace si el paciente no puede cooperar cuando se utiliza la anestesia tópica, o si existe algún inconveniente adicional en proceso.

Todas las formas de anestesia involucran un cierto grado de riesgo.

Todos los riesgos asociados a la anestesia local del ojo incluye, pero no se limita a, moretones cerca del punto de la inyección, lesión al nervio o musculo causada por la inyección de anestesia local dentro de una vena sanguínea, sangrado cerca o detrás del ojo, y un riesgo muy pequeño de insertar la aguja dentro del ojo mismo. Algunas de las complicaciones pueden causar que se posponga la cirugía, pero rara vez causa daño permanente al ojo con el potencial de perder la visión.

El riesgo asociado a la anestesia tópica incluye, pero no se limita a, malestar ocasional durante la cirugía, el uso de cantidades incrementadas de sedación con su efecto inherente en la respiración y la circulación y movimiento no intencional del ojo durante la cirugía, lo cual puede afectar el resultado quirúrgico o muy rara vez, causar daño permanente al ojo, con el potencial de perder la visión.

Entiendo que todo tipo de anestesia esa asociado con riesgos más graves. Los más graves de estos son extremadamente raros pero las consecuencias potenciales incluyen, pero no se limitan

a, cambios en la presión sanguínea y la respiración, reacción al fármaco, problemas con el ritmo cardiaco o el pulso, parálisis, convulsiones, lesión cerebral y la muerte.

Entiendo que el medicamento que estoy tomando puede causar complicaciones con la anestesia o la cirugía. Entiendo que es e mi deber informarles a mis médicos sobre cualquier medicamento que estoy tomando, incluyendo medicamentos recetados y los que se obtienen sin receta.

Certifico que he informado según mis conocimientos, al personal del centro, de todas las enfermedades serias que he padecido, todas las anestésias que he recibido y cualquier complicación de estas anestésias, que yo tenga conocimiento; de cualquier alergia que tengo y de todos los medicamentos recetados y no recetados que he tomado durante el último año.

Entiendo que mi cuidado de anestesia será proporcionado por un miembro del Departamento de anestesia. Cualquier miembro del Departamento de Anestesia puede relevar al anestesiólogo y/o enfermero anestesiologo certificado y registrado (CRNA) que me atienda inicialmente.

Al firmar este formulario de consentimiento estoy indicando que entiendo el contenido de ese documento, estoy de acuerdo con sus disposiciones y otorgo mi consentimiento a que se me administre anestesia durante este proceso. Entiendo que si tengo preocupaciones o deseo recibir información más detallada puedo hacer preguntas y recibir más información de parte de mi anestesiólogo. También estoy reconociendo que estoy consciente de que la práctica de anestesiología, medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que nadie me ha hecho promesas o brindado garantías sobre la administración de anestesia o sus resultados.

Entiendo totalmente este documento y que ahora estoy firmando bajo mi propia y libre voluntad.

---

Firma del paciente (o guardián)

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Al paciente se le ha brindado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga en cuanto al cuidado de anestesia y etas preguntas se han contestado para su satisfacción.

---

Anesthesiologist's Signature

---

Witness Signature