

PERMIT FOR ANESTHESIA



Your doctor has requested that anesthesia be given to you as a part of your care. It is your right to approve the methods of anesthesia that will be used and to refuse techniques or drugs that you object to. The risks and benefits of the various techniques and drugs will be explained to you to your satisfaction by an anesthetist. As in any medical procedure there are risks involved in any anesthetic. Serious problems are infrequent, but they do occur. It is impossible to guarantee results or to know ahead of time which patients may have a problem under anesthesia. Your health status, the procedure that you are undergoing, and your desires are considered when choosing an anesthetic plan. The attempt is made to minimize the risks to you. These risks include, but are not limited to the following:

COMMON	NOT COMMON	RARE
Sore Throat Hoarseness Vomiting Headache Bruising from Needles Backache	Infection Lung / Breathing Problems Nerve Injuries Tooth Damage Eye Injury Drug Allergy Irregular Heart Beat	Awareness During Anesthesia Stopping of the Heart Brain Damage Seizures Death

I have read and understood this permit. Anesthesia alternatives, when possible, have been discussed with me and I agree to receive the following type of anesthesia:

_____, but I realize that in some cases a change in anesthetic plan may be deemed prudent at the time of my procedure and I consent to such changes as necessary. The risks and benefits have been explained to my satisfaction and my questions have been answered. I understand that the anesthetist who counseled me may not be the one who gives me my anesthetic.

FINANCIAL RESPONSIBILITY: I understand that I am responsible for payment of all Anesthesia services. I accept financial responsibility for payment for services if my insurance company does not cover these services.

Patient _____

Date _____ Time _____

Patient cannot request or authorize because _____

(Legally Responsible Person)

(Relationship to Patient)

I have counseled this patient as to the proposed methods of anesthesia and the risks and benefits of same to the patient's satisfaction.

Signature of Counseling Anesthetist

Printed Name

PATIENT IDENTIFICATION



PERMISO PARA ANESTESIA

Su médico ha solicitado que, como parte de su atención médica, se le administre anestesia. Usted tiene el derecho de aprobar los métodos de anestesia que se le administren, o a rehusar aquellas técnicas o drogas contra las cuales usted tenga objeciones. Un anesthesiólogo le explicará con detenimiento y claridad acerca de los riesgos y beneficios de las diversas técnicas y drogas. En el uso de anestésicos, al igual que en todo procedimiento médico, existen riesgos. Los problemas graves son poco frecuentes, pero ocurren ocasionalmente. Es imposible garantizar los resultados o saber de antemano quiénes son los pacientes que pueden presentar problemas bajo los efectos de la anestesia. El estado de su salud, sus propias preferencias y el procedimiento médico al cual le estén sometiendo a usted son factores que se foman en consideración cuando se va a seleccionar el plan anestésico a seguir. Lo que intentamos es minimizar los riesgos. La tabla que aparece a continuación muestra los riesgos relacionados con la anestesia, aunque éstos no se limitan a los aquí mencionados.

USUAL	POCO USUAL	RARO
Dolor de Garganta Ronquera Vómitos Dolor de Cabeza Magulladuras infligidas por las agujas Dolor de Espalda	Infecciones Problemas Pulmonares/Respirando Daño a los Nervios Lesiones en la Dentadura Lesiones en los Ojos Alergia Drogas Palpitación de Corazón Irregular	Consciente Durante Anestesia Paro al Corazón Daño Cerebral Permanecer Consciente Convulsiones Muerte

He leído y entendido este permiso. Cuando posible, alternativas de anestesia, han discutido conmigo, y estoy de acuerdo al recibir la siguiente anestesia:

_____ pero comprendo que existe la posibilidad de que durante el procedimiento médico se considere prudente cambiar el plan establecido para anestesiarme y de ser así, doy mi consentimiento para que se hagan los cambios que sean necesarios. Estoy bien satisfecho con las explicaciones que me han dado acerca de los riesgos y los beneficios de la anestesia y me han contestado mis preguntas sobre ese particular. Tengo entendido que el anestesista que me orientó no es necesariamente el que me ha de aplicar la anestesia.

RESPONSABILIDAD FINANCIAL: Yo entiendo que yo soy responsable por los pagos de todos los servicios de Anestesia. Yo acepto financiera responsabilidad por pagos de servicios, si mi compañía de seguros no cubre por estos servicios.

Paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

El paciente (las paciente) no puede dar su autorización debido a _____

(Persona Responsable Legalmente)

(Parentesco con Paciente)

Le he ofrecido orientación a este(a) paciente acerca de los métodos de anestesia que proponemos emplear y el (la) paciente se siente totalmente satisfecho(a) con mi explicación que le he ofrecido acerca de los riesgos y beneficios que estos métodos envuelven.

Firma del Anestesista Asesor

Apuntar Su Nombre

PATIENT IDENTIFICATION

