

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACION DE ANESTESIA CLÍNICA (Spanish)  
YORK ANESTHESIOLOGISTS PLLC**

Por la presente autorizo a York Anesthesiologists PLLC para administrarme anestesia clínica.

1. York Anesthesiologists PLLC ha explicado y discutido conmigo la naturaleza y el propósito de la anestesia que se formula. Esta consiste en colocar un catéter en mi vena y la administración de medicamentos. Mis signos vitales serán monitorizados continuamente durante todo el procedimiento. (Presión arterial, ECG, saturación de oxígeno, respiración y ventilación).

2. Consiento en se me administre anestesia intravenosa e inhalación de oxígeno bajo la dirección y / o supervisión de York Anesthesiologists PLLC.

3. Riverdale Anesthetic ha explicado y discutido conmigo los siguientes temas:

a) Los riesgos de la anestesia antes, durante y después del procedimiento, incluyen pero no se limitan a: la inflamación de la vena, hematomas y / o decoloración del sitio inyectado, trismo de los músculos de la cara, falta de coordinación, somnolencia, desvanecimiento, reacciones alérgicas, vómitos, náuseas, lesiones en los dientes o tejidos orales, necrosis de los tejidos en el sitio de la inyección, daño cerebral, parálisis, paro cardíaco y / o muerte.

b) El posible o probable efecto de la anestesia intravenosa es el de mantenerme sedado o en estado de inconciencia.

c) Todos los posibles cambios en la administración de la anestesia por vía intravenosa, me han sido explicados.

d) Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado el resultado del tratamiento propuesto y/o de los anestésicos.

e) Los beneficios de la anestesia clínica.

4. Entiendo que mientras se me este administrando la anestesia, se pueden presentar condiciones que requieran modificar o ampliar este consentimiento. Por lo tanto, autorizo la modificación o ampliación de este consentimiento que a juicio profesional y dadas las circunstancias, se hace necesario.

5. Certifico que no he consumido ningún alimento sólido desde la medianoche y líquidos desde 4 horas antes del procedimiento.

6. Certifico que he leído y entendido completamente la anterior declaración de consentimiento, que tuve suficiente tiempo para discutirla y que todas mis preguntas fueron respondidas por York Anesthesiologists PLLC.

7. Doy mi consentimiento de forma libre y consciente para que se me administre anestesia intravenosa como se indica anteriormente. En todo momento durante la lectura, explicación y llenado de esta formulario, yo poseía todas mis facultades mentales y no estaba bajo la influencia del alcohol y/o medicamentos.

8. York Anesthesiologists PLLC facturará a mi compañía aseguradora, según corresponda. Por la presente autorizo que mis beneficios del seguro sean pagados directamente a York Anesthesiologists PLLC.

**Signatures:**

Patient or Legal Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Anesthesia Signature: \_\_\_\_\_  
Nurse Signature: \_\_\_\_\_  
Staff Witness Signature: \_\_\_\_\_