患者氏名 ：
患者 ID ：

Formulario de consentimiento para la anestesia

Si acepta recibir anestesia, por favor complete los datos necesarios y firme.

He recibido una explicación detallada acerca de la anestesia y de sus riesgos a través de la “Información sobre la anestesia”, y he entendido el contenido. Yo acepto recibir anestesia.
También acepto los procedimientos pertinentes que puede ser necesario en caso de que se requiera un cambio en el método anestésico o un tratamiento urgente durante la anestesia. (Incluso después de firmar, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento).
Además, entiendo que la anestesia puede ser cancelada por decisión de mi médico o anestesista.

Fecha del consentimiento: año mes día

Nombre y apellido del paciente: (en letras de imprenta)

Firma del paciente:

Dirección del paciente:

Nombre y apellido del representante: (en letras de imprenta)

Firma del representante:

(relación con el paciente:)

Dirección del representante:

Si rehúsa recibir anestesia, por favor lea el siguiente enunciado. Si lo entiende, firme a continuación.

He recibido una explicación acerca de la necesidad de la anestesia; sin embargo, rehúso recibir anestesia. No haré responsables a mi médico, al anestesista o al hospital de las consecuencias de mi decisión.

Fecha de la firma: año mes día

Nombre y apellido del paciente: (en letras de imprenta)

Firma del paciente:

Dirección del paciente:

Nombre y apellido del representante: (en letras de imprenta)

Firma del representante:

(relación con el paciente:)

Dirección del representante:

He dado una explicación de la anestesia a la persona arriba firmante.

Fecha de la explicación: año mes día

Departamento: Médico responsable: Sello

Confirmo que el paciente (o su representante) arriba firmante ha aceptado o rehusado recibir anestesia mediante la firma del presente documento.

Fecha de la confirmación: año mes día

Médico responsable o anestesista: Sello

*Si el paciente es un menor de edad que no tiene potestad para aceptar, o es una persona que no puede aceptar y firmar por estar inconsciente o por sufrir algún otro trastorno, el documento deberá ser firmado por un progenitor, tutor, adulto responsable del menor o familiar en la sección de arriba destinada al “Representante”.