

CONSULTA PREANESTÉSICA

Ciudad _____ Sede _____ Fecha de diligenciamiento DD MM AAAA

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre (Apellidos y nombre(s))	Empresa	Edad	<input type="checkbox"/> Día(s) <input type="checkbox"/> Mes(es) <input type="checkbox"/> Año(s)
		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Especialidad/es quirúrgica(s)	Procedimiento a realizar		

ANTECEDENTES
- Anestésicos General No. _____ Regional No. _____ Ultima anestesia hace: _____ - Complicaciones _____ - Alérgicos _____ - Farmacológicos _____ - Hemorrágicos _____ - Patológicos _____ - Quirúrgicos _____ - Tóxicos _____ - Transfusionales _____ - Otros _____

REVISIÓN POR SISTEMAS
Disnea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grado Angina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Grado Palpitaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Precipitados por _____ Pulmonar: Tos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Periodicidad de la tos _____ SNC: (o Glasgow) _____ Otros síntomas _____

EXAMEN FÍSICO	
Presión arterial <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Decúbito Frecuencia cardiaca Latidos / min Frecuencia respiratoria Respirac. / min Temperatura °C Pulsoximetría % Peso kg Talla m IMC	
Cabeza: Lentes contacto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prótesis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuello normal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Removible <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Masas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dientes flojos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Pulsos <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Apertura <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Probabilidad vía aérea difícil: <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja Otros: _____	Tórax: Ruidos cardíacos <input type="checkbox"/> Rítmicos <input type="checkbox"/> Arrítmicos Soplos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Características del soplo _____ Auscultación pulmonar <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Especifique: _____

Abdomen _____	Extremidades _____
---------------	--------------------

Otros hallazgos _____

EXÁMENES DE LABORATORIO	EXÁMENES DE APOYO DIAGNÓSTICO	Fecha del examen																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: left; padding: 2px;">Resultado</th></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Hematocrito</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Creatinina</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nitrógeno ureico</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Glicemia</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Albúmina</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Plaquetas x 1000</td></tr> </table>	Resultado	Hematocrito	Creatinina	Nitrógeno ureico	Glicemia	Albúmina	Plaquetas x 1000	Electrocardiograma: _____ Rx de tórax: _____ Otros estudios _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">DD</td><td style="width: 33%; text-align: center;">MM</td><td style="width: 33%; text-align: center;">AAAA</td></tr> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">DD</td><td style="width: 33%; text-align: center;">MM</td><td style="width: 33%; text-align: center;">AAAA</td></tr> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td></tr> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;">DD</td><td style="width: 33%; text-align: center;">MM</td><td style="width: 33%; text-align: center;">AAAA</td></tr> <tr><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td><td style="width: 33%; text-align: center;"> </td></tr> </table>	DD	MM	AAAA				DD	MM	AAAA				DD	MM	AAAA			
Resultado																											
Hematocrito																											
Creatinina																											
Nitrógeno ureico																											
Glicemia																											
Albúmina																											
Plaquetas x 1000																											
DD	MM	AAAA																									
DD	MM	AAAA																									
DD	MM	AAAA																									

Diagnóstico(s) _____

Clasificación ASA: _____

Recomendaciones _____

ASA: Sociedad Americana de Anestesiología. ND: no disponible, no necesaria SNC: sistema nervioso central

ANESTESIÓLOGO Nombre _____ Firma _____



PROPUESTA COMITE SEGURIDAD CONSENTIMIENTO MINIMO NACIONAL

PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, _____ identificado con documento de identidad; Tipo¹ _____ No.: _____, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología de CLÍNICA / Hospital _____ a realizar en mi o en el(la) paciente _____ el procedimiento anestésico adecuado para la siguiente intervención quirúrgica: _____
2. El Doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del acto anestésico; también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias y riesgos que puedan producirse, así como las posibles alternativas de los diferentes métodos anestésicos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Entiendo que en el curso de los procedimientos anestésicos puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si el anestesiólogo arriba mencionado o sus asistentes lo juzgan necesario.
4. Reconozco que me ha informado que el acto anestésico, practicado con los debidos cuidados, puede producir efectos colaterales tales como dolor de cabeza, mareo, náuseas, vómito, inflamación del sitio de la venopunción, dolor de garganta, escoriaciones o lesiones en piel, en los dientes, en mucosas, y lesiones por la(s) posición(es) necesaria(s) para realizar la cirugía además de otras complicaciones asociadas al procedimiento, y a las patologías previas. Las mas comunes de las complicaciones adicionales por la naturaleza del procedimiento y factores puntuales de mi caso (o del paciente) para las que se procurarán estrategias preventivas son:

5. Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío y conozco mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Fecha de diligenciamiento D/M/A: ____/____/____

PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE

Firma: _____
Documento de identidad: Tipo _____ No. _____

TESTIGO

Firma: _____
Nombre: _____
Documento de identidad: Tipo _____ No. _____

Certifico que he explicado los posibles riesgos de anestesia y que el paciente / tutor comprende(n) completamente lo que he explicado.

MÉDICO ANESTESIÓLOGO

Firma: _____
Sello _____

Fecha de diligenciamiento |_____| |_____| |_____|
DD MM AAAA

1 Tipo: CC: Cédula de Ciudadanía; CE: Cédula de Extranjería; PA: Pasaporte.