



## PROPUESTA COMITE SEGURIDAD CONSENTIMIENTO MINIMO NACIONAL

### PERMISO PARA PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS

1. Yo, \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad; Tipo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_, por la presente autorizo a los anestesiólogos del Departamento de Anestesiología de CLÍNICA xxxxxxxxxxxxxx, 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 más 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.