

## CONSENT FOR ANESTHESIA SERVICES

My doctor has explained to me that I will have an operation or procedure. I understand that anesthesia services are requested or needed so that my doctor can perform the operation or procedure. I further understand that the administration of such anesthetic or anesthetics deemed suitable by my surgeon will be provided by an Anesthesia Care Team consisting of Physician Anesthesiologists.

It has been explained to me that all forms of anesthesia involve some risks and no guarantees or promises can be made concerning the results of my procedure. Although rare, unexpected severe complications with anesthesia can occur including the remote possibility of infection, bleeding, drug reactions, blood clots, loss of sensation, loss of limb function, paralysis, stroke, brain damage, heart attack or death. I understand that these risks apply to all forms of anesthesia and that additional or specific risks that have been identified below may apply to a specific type of anesthetic. I understand that the type of anesthetic checked below will be used for my surgery or procedure and that the anesthetic technique to be used is determined by many factors including my physical condition, the type of surgery or procedure my doctor is to perform, the surgeon's preference and my own desires. It has been explained that sometimes an anesthetic technique which involves the use of local anesthetics, with or without sedation, will not succeed completely and therefore another technique may have to be used including general anesthesia.

The following anesthetic technique has been selected for my procedure and the risks involved with such anesthesia have been explained to me:

\_\_\_\_\_ **GENERAL ANESTHESIA.** Temporary unconscious state, possible placement of tube in windpipe. Risks include mouth or throat pain, hoarseness, injury to mouth or teeth, premature dislodgement of primary teeth in pediatric population, awareness under anesthesia, injury to blood vessels, aspiration and pneumonia.

\_\_\_\_\_ **SPINAL OR EPIDURAL.** Temporary loss of feeling and/or movement to the lower part of the body. Risks include headache, backache, buzzing or ringing in the ears, convulsions, infection, persistent weakness, numbness, residual pain, injury to blood vessels, temporary total paralysis and permanent paralysis.

\_\_\_\_\_ **REGIONAL ANESTHESIA.** Temporary loss of feeling and/or movement in a specific limb or area. This type of anesthetic includes major nerve blocks (such as axillary blocks) and intravenous (I.V.) regional anesthesia. Risks include nerve injury and convulsions.

\_\_\_\_\_ **LOCAL WITH SEDATION.** Medications (sedative, narcotics, etc.) are given in conjunction with local anesthetics to produce a relaxed, pain-free semi-conscious state. Risks include unconscious state, depressed breathing, anxiety, and/or discomfort and injury to blood vessels.

\_\_\_\_\_ **OTHER (specify).**

I hereby consent to the anesthesia service checked above and authorize that it be administered by Dr. \_\_\_\_\_ or such associates, all of whom are credentialed to provide anesthesia services at this facility. I also consent to an alternative type of anesthesia, if necessary, as deemed appropriate by them. I expressly desire that the following considerations be observed (or write none):

I further certify that this form has been fully explained to me, that I have read it or have had it read to me, that the blank spaces have been filled in, and that I understand its contents.

I have explained the anesthesia risks, hazards and benefits to the patient and have obtained informed consent.

ANESTHESIOLOGIST SIGNATURE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/Other Legally Responsible Person Signature (state relationship if substitute)

\_\_\_\_\_  
Date & Time AM/PM

\_\_\_\_\_  
Witness Signature



15300 SW Freeway, Suite 100  
Sugar Land, TX 77478  
Phone: 281.274.6670  
SLS-076 (10/11)

PATIENT IDENTIFICATION:

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Mi médico me ha explicado que voy a tener una operación o intervención. Entiendo que servicios de anestesia son solicitados o necesarios para que mi médico pueda realizar la operación o intervención. También entiendo que dicho(s) anestésico(s) considerado(s) adecuado(s) por mi cirujano será(n) administrado(s) por un Equipo de Anestesia compuesto de Médicos Anestesiólogos.

Me han explicado que todas las formas de anestesia conllevan algunos riesgos y que no se puede hacer ninguna garantía o promesa en lo que se refiere a los resultados de mi intervención. Aunque rara vez, sucedan complicaciones graves inesperadas con la anestesia, incluyendo la posibilidad remota de infección, pérdida de sangre, reacciones con medicamentos, coágulos, pérdida de sensación, pérdida de función de los miembros, parálisis, derrame cerebral, daños cerebrales, ataque cardíaco o muerte. Entiendo que estos riesgos están relacionados con todas la formas de anestesia, y que los riesgos adicionales o específicos identificados a continuación pueden estar relacionados con un tipo específico de anestésico. Entiendo que el tipo de anestésico marcado a continuación será utilizado para mi cirugía o intervención, y que la técnica de anestesia que será utilizada es determinada por muchos factores, incluyendo mi condición física, el tipo de cirugía o intervención que mi médico realizará, la preferencia del cirujano y mis propios deseos. Me han explicado que en algunos casos, una técnica de anestesia que utiliza anestésicos locales, con o sin sedación, no es completamente eficaz, y por lo tanto se debe usar otra técnica, incluyendo la anestesia general.

La técnica de anestesia siguiente ha sido seleccionada para mi intervención y los riesgos relacionados con dicha anestesia me han sido explicados:

- \_\_\_\_\_ ANESTESIA GENERAL. Estado inconsciente temporal, posible colocación de un tubo en la tráquea. Los riesgos incluyen dolor en la boca o la garganta, ronquera, lesión de la boca o los dientes, conciencia bajo anestesia, lesión de los vasos sanguíneos, aspiración y neumonía.
- \_\_\_\_\_ ESPINAL O EPIDURAL. Pérdida temporal de sensación y/o movimiento en la parte inferior del cuerpo. Los riesgos incluyen dolor de cabeza, dolor de espalda, zumbido en los oídos, convulsiones, infección, debilidad persistente, adormecimiento, dolor residual, lesión de los vasos sanguíneos, parálisis total temporal y parálisis permanente.
- \_\_\_\_\_ ANESTESIA REGIONAL. Pérdida temporal de sensación y/o movimiento en un miembro o una parte específica. Este tipo de anestésico incluye el bloqueo de los nervios principales (tal como el bloqueo axilar) y la anestesia regional intravenosa (I.V.). Los riesgos incluyen lesiones de los nervios y convulsiones.
- \_\_\_\_\_ LOCAL CON SEDACION. Se administran medicamentos (sedantes, narcóticos, etc.) conjuntamente con anestésicos locales para producir un estado semiconsciente relajado, sin dolor. Los riesgos incluyen el estado inconsciente, dificultad al respirar, ansiedad y/o incomodidad y lesión de los vasos sanguíneos.
- \_\_\_\_\_ OTRA (especificar).

Por la presente doy mi consentimiento para el servicio de anestesia marcado aquí arriba, y autorizo que sea administrado por el Dr. \_\_\_\_\_ o los asociados, quienes están todos acreditados para suministrar servicios de anestesia en esta instalación. También doy mi consentimiento para otro tipo de anestesia, si es necesario, que ellos puedan considerar apropiado. Deseo explícitamente que las siguientes consideraciones sean observadas (o escriba «ninguna»):

También certifico que este formulario me fue explicado completamente, que lo he leído o pedí que alguien me lo leyera, que los espacios en blanco han sido llenados, y que entiendo su contenido.

He explicado los riesgos, los peligros y las ventajas de la anestesia al paciente y he obtenido su consentimiento informado.

FIRMA DEL ANESTESIOLOGO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Otra Persona Legalmente Responsable  
(indicar la relación si se trata de un sustituto)

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora AM/PM

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

PATIENT IDENTIFICATION:



15300 SW Freeway, Suite 100  
Sugar Land, TX 77478  
Phone: 281.274.6670  
SLS-076 b