



**CONSENT FOR THE ADMINISTRATION OF
SEDATION OR ANESTHESIA
CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE SEDACIÓN O ANESTESIA**

1. Patient Name / Nombre del Paciente: _____

2. Procedure / Procedimiento: _____

3. I understand anesthesia services are needed so my doctor can perform the surgery or treatment. No guarantees or promises were made to me regarding the results of my surgery or treatment.
Comprendo que se necesitan servicios de anestesia para que mi médico pueda efectuar la cirugía o tratamiento. No se me brindaron garantías o promesas con respecto a los resultados de mi cirugía o tratamiento.

4. I authorize Dr. _____ or one of his/her associates selected by him/her (in keeping with UMC's policies), to administer anesthesia.
Autorizo al Dr./Dra. _____ o uno de sus asociados seleccionados por él/ella (de conformidad con las políticas de UMC), a administrar anestesia.

5. I understand the following type of anesthesia is planned for my procedure: General Local Regional Sedation
Comprendo que se planifica el siguiente tipo de anestesia para mi procedimiento: General Local Regional Sedación

6. I consent to a different type of anesthesia, if necessary, as determined by my physician and/or anesthesiologist. I understand the following type used is determined by many factors including:
Doy mi consentimiento para un tipo diferente de anestesia, si es necesario, según lo determine mi doctor y/o anestesiólogo. Comprendo que el tipo a utilizar es determinado por muchos factores incluyendo:
 - a. My physical condition b. The procedure/treatment c. My choice d. My doctors choice
Mi estado físico El procedimiento/tratamiento Mi elección La elección de mi médico

7. I understand sometimes an anesthesia technique using local anesthetics, with or without sedation, may not succeed completely and another technique using general anesthesia may then have to be used. I understand all forms of anesthesia involve risks. These risks have been explained to my satisfaction. I accept these risks.
Comprendo que a veces una técnica de anestesia que utiliza anestesia local, con o sin sedación, puede no resultar del todo exitosa. Entonces tal vez sea necesario utilizar otra técnica con anestesia general. Comprendo que todas las formas de anestesia implican riesgos. Comprendo que estos riesgos se aplican a todos los tipos de anestesia. Estos riesgos me han sido explicados en forma satisfactoria. Acepto estos riesgos.

8. The informed consent process includes a discussion about potential benefits, risks and side effects of the patient's proposed care, treatment, and services the likelihood of the patient achieving his or her goals; and any potential problems that might occur during recuperation.
El consentimiento informado incluye información sobre los posibles beneficios, riesgos y los efectos secundarios relacionados a la atención y al tratamiento que se le propone al paciente, así como de las posibilidades que el paciente logre sus objetivos y de cualquier problema potencial que pudiera ocurrir durante la recuperación.

9. Although rare, severe, unexpected complications can occur with each type of anesthesia, including the possibility of:
Aunque raras, se pueden producir severas complicaciones inesperadas con cada tipo de anestesia, incluyendo la posibilidad de:

a. Infection <i>Infección</i>	d. Loss of Vision <i>Pérdida de Visión</i>	g. Stroke <i>Ataque Cerebral</i>	j. Loss of Limb Function <i>Pérdida de Función en Extremidades</i>
b. Bleeding <i>Sangrado</i>	e. Drug Reactions <i>Reacciones a la Droga</i>	h. Death <i>Muerte</i>	k. Loss of Sensation <i>Pérdida de Sensación</i>
c. Paralysis <i>Parálisis</i>	f. Blood Clots <i>Coágulos de Sangre</i>	i. Heart Attack <i>Ataque Cardíaco</i>	l. Brain Damage <i>Daño Cerebral</i>

10. Some problems I may experience as a result of my anesthetic include, but are not limited to:
Algunos problemas que puedo experimentar como resultado de mi anestesia incluyen, entre otros:

a. Temporary decrease in concentration <i>Reducción temporaria en la concentración</i>	e. Temporary confusion <i>Confusión temporaria</i>	i. Nausea/vomiting <i>Náuseas/vómitos</i>
b. Dreams/memories of events during surgery <i>Sueños/recuerdos de hechos durante la cirugía</i>	f. Temporary muscle aches <i>Dolores musculares temporarios</i>	j. Headache <i>Dolor de cabeza</i>
c. Injury related to my position during surgery <i>Lesión relacionada con mi posición durante la cirugía</i>	g. Loss of coordination <i>Pérdida de coordinación</i>	k. Sore throat <i>Dolor de garganta</i>
d. Bruises/tenderness at blood vessel sites <i>Magullones/sensibilidad en los vasos sanguíneos</i>	h. Swelling around the mouth and injury to teeth/dental appliances <i>Inflamación alrededor de la boca y lesión en los dientes/piezas dentales</i>	

Patient's Initials: _____ Iniciales del Paciente



**CONSENT FOR THE ADMINISTRATION OF
SEDATION OR ANESTHESIA
CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN
DE SEDACIÓN O ANESTESIA**

MRU01690 (04/22/14)

Page 2 of 2

11. **FOR PATIENTS WITH DNR ORDERS:** I understand that DNR (“Do Not Resuscitate”) orders will be suspended while I am in surgery and until I completely recover from the effects of anesthesia.
PARA PACIENTES CON ÓRDENES DNR: Comprendo que las órdenes DNR (“De No Resucitar”) serán suspendidas mientras me encuentro en cirugía y hasta que me recupere completamente de los efectos de la anestesia.

12. I had the opportunity to ask my Physician and/or Anesthesiologist questions. All of my questions were answered to my satisfaction.
Tuve la oportunidad de hacer preguntas a mi doctor y/o anestesiólogo. Todas mis preguntas fueron respondidas en forma satisfactoria.

13. I have read this document completely and I fully understand the anesthesia plan, risks and alternatives.
He leído este documento en su totalidad y comprendo plenamente el plan de anestesia, los riesgos y alternativas.

Patient Signature: _____ <i>Firma del Paciente</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
Witness Signature: _____ <i>Firma del Testigo</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
2nd Witness Signature*: _____ <i>Firma del 2º Testigo*</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>

↳ *(Necessary for Telephone Consent ONLY / Necesario ÚNICAMENTE para el consentimiento telefónico)

Patient is a Minor / El paciente es menor de edad:

Father’s Signature: _____ <i>Firma del Padre</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
Mother’s Signature: _____ <i>Firma de la Madre</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
Court-Appointed Advocate: _____ <i>Defensor designado por el tribunal</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>

Patient has a Legal Guardian or Durable Power of Attorney for Healthcare
El paciente tiene un tutor legal o poder duradero para atención médica

Signature of Legal Guardian / Durable Power of Attorney for Healthcare: _____
Firma del Tutor o Poder Duradero para atención médica

	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
--	----------------------------	-----------------------------

→ Guardianship document on chart Durable Power of Attorney for Healthcare document on chart
Documento de tutoría en hoja clínica Documento de poder duradero para atención médica en hoja clínica

The Physician and/or Anesthesiologist has explained the patient’s plan of care to family and/or friends in absence of Legal Guardian or Durable Power of Attorney for Healthcare.
El Médico y/o el Anestesiólogo ha explicado el plan de atención del paciente a la familia y/o amigos en ausencia de un Tutor Legal o Poder duradero para atención médica.

Signature of Other Person: _____ <i>Firma del otra persona</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
---	----------------------------	-----------------------------

Relationship with Patient: _____
Relación al paciente

► **I, the Physician and/or Anesthesiologist, certify that I have discussed the procedures described above with the patient or his/her authorized representative.**

Yo, el Médico y/o el Anestesiólogo, certifico que he conversado sobre los procedimientos que se describen arriba con el paciente o su representante autorizado.

Physician / Anesthesiologist Name: _____
Nombre del Médico o el Anestesiólogo

Physician / Anesthesiologist Signature: _____ <i>Firma del Médico o el Anestesiólogo</i>	Time: _____ <i>Hora</i>	Date: _____ <i>Fecha</i>
---	----------------------------	-----------------------------

Interpreter Used:

- Contracted Language Line → Interpreter Name: _____ Interpreter #: _____
- UMC Interpreter (in person) → Interpreter Signature: _____ Stamp: _____
- UMC Telephone Interpreter → Interpreter Name: _____