

Consentimiento del responsable del paciente para someterlo a
**PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO PARA TOMOGRAFÍA COMPUTADA
Y/O RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA**

Yo..... autorizo que el paciente
sea sometido al siguiente estudio.....
bajo anestesia general.

Me han sido explicados plenamente la naturaleza y objeto de la anestesia general, los riesgos en que se incurre, a saber arritmia cardíaca severa y la posibilidad de complicaciones a saber:

1) Derivadas de la punción venosa: flebitis, tromboflebitis, diversas zonas de punción por inconvenientes en conseguir la vena indicada, hematomas en los sitios de punción; 2) Derivadas de la intubación: dolor de garganta, tos, voz bitonal, disfonía, ardor o quemazón en la traquea, catarro, laceraciones de la mucosa, pérdida de piezas dentarias si están flojas; 3) Reacciones en la piel por alergia a la tela adhesiva o adhesivos utilizados; 4) Respiratorias: Broncoespasmo y cualquier otra dificultad respiratoria, habitualmente en personas susceptibles o asmáticas; 5) Cefaleas posteriores al estudio en especial en adultos; 6) Vómitos, nauseas; 7) Aspiración del contenido del estómago hacia los pulmones, si no se respetó el ayuno indicado en su oportunidad; 8) Aumentos exagerado de la temperatura del cuerpo durante la anestesia en aquellas personas genéticamente susceptibles (Hipertermia Maligna); 9) Reacciones alérgicas a aquellas sustancias que se puedan llegar a inyectar y que se desconoce su potencialidad de provocar fenómenos alérgicos; 10) Úlceras en las corneas para aquellos pacientes en los que los párpados ocluyen totalmente los ojos. Además de las arriba citadas se deben considerar complicaciones que surjan a pesar del correcto desenvolvimiento del profesional anestesiólogo actuante y su equipo.

En tal sentido mis preguntas han sido contestadas y se me ha hecho saber que el personal de Diagnóstico Tesla S.R.L está dispuesto a ampliar la información a mi pedido en el momento que así lo considere y lo haga saber fehacientemente.

Consiento en la ejecución de prácticas médicas y procedimientos auxiliares además de los ahora previstos o diferentes de ellos, tanto si se deben a afecciones imprevistas actualmente o no y que el equipo de Diagnóstico Tesla S.R.L pueda considerar necesarios o convenientes en el curso del estudio y/o anestesia. Asimismo me ha sido informado que ante la eventualidad de una complicación que ponga en riesgo la vida del paciente se procederá a interrumpir inmediatamente el acto anestésico y por ende el estudio de referencia.

La presente se realiza a fin de lograr la mejor solución médica posible de la afección que motiva el estudio, pero ninguna seguridad me ha sido dada en cuanto a los resultados que pueden obtenerse.

Consiento en la administración de aquellos anestésicos que puedan ser considerados necesarios o convenientes por el médico responsable, comprendiendo que ello puede implicar ciertos riesgos.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este formulario, con los que he acordado.

Fecha/...../.....

Firma _____ Tipo y N° de documento _____

Carácter en que firma _____ Domicilio _____

CONSENTIMIENTO