

CONSENT FOR ANESTHESIA SERVICES

TO THE PATIENT: *You have the right, as a patient, to be informed about your condition and the recommended anesthesia/analgesia to be used so that you may make the decision whether or not to receive the anesthesia/analgesic after knowing the risks and hazards involved. This disclosure is not meant to scare or alarm you; it is simply an effort to make you better informed so you may give or withhold your consent to the anesthesia/analgesia.*

I have been scheduled for surgery or a procedure. I understand that anesthesia and analgesia are needed so that my doctor can perform the operation or procedure. Analgesia services refer to the pain management care provided shortly before, during, and immediately following the procedure.

ALTHOUGH RARE, SEVERAL UNEXPECTED COMPLICATIONS CAN OCCUR WITH EACH TYPE OF ANESTHESIA, INCLUDING THE POSSIBILITY OF INFECTION, BLEEDING, DRUG REACTIONS, BLOOD CLOTS, LOSS OF SENSATION, LOSS OF VISION, LOSS OF LIMB FUNCTION, NERVE DAMAGE, BREATHING AND HEART PROBLEMS, PARALYSIS, STROKE, BRAIN DAMAGE, HEART ATTACK OR DEATH. I understand that these risks and hazards apply to ALL forms of anesthesia/analgesia, and that additional or specific risks have been identified below as they may apply to a specific type of anesthesia. I understand that the type(s) of anesthesia/analgesia service checked below will be used for my procedure my doctor is to do, his or her preference, as well as my own desire. It has been explained to me that sometimes an anesthesia technique that involves the use of local anesthetics, with or without sedation, may not succeed completely and therefore another technique may have to be used including general anesthesia. I realize the type of anesthesia/analgesia may have to be changed possibly without explanation to me. I understand that anesthesia/analgesia involves the risks and hazards as stated in this consent but I request the use of anesthetics/analgesia for the relief and protection from pain during the planned and additional procedures.

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Major/Minor Nerve Block <input type="checkbox"/> With Sedation <input type="checkbox"/> Without Sedation | Expected Result | Temporary loss of feeling and/or movement of a specific limb or area. |
| | Technique | Drug injected near nerves providing loss of sensation to the area of the operation. |
| | Risks (including but not limited to) | Infection, convulsions, weakness, persistent numbness, or pain, nerve damage, bleeding/hematoma, residual pain requiring additional anesthesia, injury to blood vessels, failed or high block, cardiovascular collapse, brain damage, temporary hoarseness, punctured lung, respiratory difficulty, medical necessity to convert general anesthesia. |
| <input type="checkbox"/> Regional Block Anesthesia/Analgesia <input type="checkbox"/> With Sedation <input type="checkbox"/> Without Sedation | Expected Result | Temporary loss of feeling and/or movement of a limb. |
| | Technique | Drug injected into veins of arm or while using a tourniquet. |
| | Risks (including but not limited to) | Nerve damage, persistent pain or numbness, headache, infection, bleeding hematoma, weakness, convulsions, residual pain requiring additional anesthesia, injury to blood vessels, cardiovascular collapse (e.g. hypotension, bradycardia), infection, brain damage, high or failed block, medical necessity to convert to general anesthesia. |
| <input type="checkbox"/> Vascular Access - Non-tunneled catheters, tunneled catheters, implanted access <input type="checkbox"/> Central Venous Catheter <input type="checkbox"/> Pulmonary Artery Catheter <input type="checkbox"/> Arterial Line | Expected Result | Increased accuracy of monitoring of blood circulation. |
| | Technique | Large intravenous line inserted into a central. |
| | Risks (including but not limited to) | Pneumothorax (collapsed lung), injury to blood vessels and/or nerves, hemothorax/hemomediastinum (bleeding into the chest around the lungs or around the heart); air embolism (passage of air into blood vessel and possibly to the heart and/or blood vessels entering the lungs), vessel thrombosis (clotting of blood vessels), injury to limb(s). |
| <input type="checkbox"/> Monitored Anesthesia Care (without sedation) | Expected Result | Measurement of vital signs, availability of anesthesia provider for further intervention. |
| | Technique | Physical assessment and utilization of vital signs equipment. |
| | Risks (including but not limited to) | Memory dysfunction/memory loss, increased awareness during the procedure, anxiety and/or discomfort, medical necessity to convert to general anesthesia. |

PATIENT IDENTIFICATION:



15300 SW Freeway, Suite 100
 Sugar Land, TX 77478
 Phone: 281.274.6670
 SLS-076 (08/13)

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Monitored Anesthesia Care with sedation (Conscious sedation) | Expected Result | Reduced anxiety and pain, partial or total amnesia. |
| | Technique | Drug injected into the bloodstream, breathed into the lungs, or by other routes, producing a semi-conscious state. |
| | Risks (including but not limited to) | An unconscious state, depressed breathing, injury to blood vessels, permanent organ damage, memory dysfunction/memory loss, brain damage, nausea, vomiting, mouth or throat pain, hoarseness, injury to mouth or teeth, aspiration, pneumonia, headache, shivering, permanent organ damage, brain damage, potential to convert to a general anesthetic if the sedation is not adequate. |
| <input type="checkbox"/> General Anesthesia | Expected Result | Total unconscious state: possible placement of a tube into the windpipe. |
| | Technique | Drug injected into the bloodstream, breathed into the lungs, or by other routes. |
| | Risks (including but not limited to) | Nausea, vomiting, mouth or throat pain, hoarseness, injury to vocal cords, teeth, lips, mouth or eyes, memory dysfunction/memory loss, permanent organ damage, brain damage, awareness during the procedure under anesthesia, injury to blood vessels, vomiting, aspiration, pneumonia, headache, shivering. Premature dislodgement of teeth in pediatric population. |

I voluntarily request that anesthesia and/or pain management care provided shortly before, during and immediately following the procedure as indicated above to be administered to me (the patient). I understand it will be administered by an anesthesia provider and/or the operating practitioner, and such other health care providers as necessary, including anesthesiologists and/or certified registered nurse anesthetists under the supervision of an anesthesiologist, and/or by the doctor performing and/or participating in the procedure. I also consent to an alternative type of anesthesia and resuscitation, if necessary, as deemed appropriate by the anesthesia provider, the operating practitioner and/or by the doctor performing and/or participating in the procedure.

I understand the importance of providing my health care providers with a complete medical history, including the need to disclose any medications that I am taking, both prescription and over the counter. I also understand that my use of herbal remedies, alcohol, or any type of illegal drug may give rise to serious complications and must also be disclosed. I further understand that I should also disclose any complications that arose from past anesthetics.

I understand that no promises have been made to me as to the result of the anesthesia/analgesia methods.

I have also been given an opportunity to ask questions about my anesthesia/analgesia methods, the procedures to be used, the risks and hazards involved, and alternative forms of anesthesia/analgesia. I believe that I have sufficient information to give this informed consent.

I acknowledge that I have read this form or had it read to me, that I understand the risks, alternatives, and expected results of the anesthesia/analgesia service and that I had ample time to ask questions and to consider my decisions.

X

Patient's Signature

Witness Signature

Date and Time

Signature of Anesthesia Care Team or Physician Administering the Anesthesia/Analgesia

Patient's Legal Representative

Relationship to Patient

PATIENT IDENTIFICATION:



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

PERMISO PARA RECIBIR ANESTESIA

AL PACIENTE: *Usted como paciente tiene el derecho a ser informado sobre su condición y la anestesia/analgésico recomendado que se utilizará, para que usted pueda tomar una decisión sobre si usted desea o no desea recibir anestesia/analgésicos, después de saber los riesgos y peligros envueltos. Esta declaración no es con el fin de asustarlo o alarmarlo; es simplemente un esfuerzo para mantenerlo mejor informado para que usted autorice o detenga el permiso para suministrarle anestesia/analgésico.*

Yo tengo una cita para cirugía o procedimiento. Yo entiendo que la anestesia y analgésicos son necesarios para que mi doctor pueda hacer mi cirugía o procedimiento. Los servicios analgésicos se refieren al cuidado del control del dolor que se da un poco antes, durante e inmediatamente después del procedimiento.

AUNQUE ES RARO, ALGUNAS COMPLICACIONES PUEDEN OCURRIR CON CADA CLASE DE ANESTESIA INCLUYENDO LA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN, HEMORRAGIA, REACCIONES ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS, COAGULOS DE SANGRE, PERDIDA DE SENSIBILIDAD, PERDIDA DE VISIÓN, PERDIDA DE LA FUNCIÓN DE EXTREMIDADES, DAÑO AL NERVIOS, PROBLEMAS RESPIRATORIOS Y DEL CORAZÓN, PARÁLISIS, ATAQUE AL CORAZÓN, DAÑO CEREBRAL, PARO CARDIACO O MUERTE. Yo entiendo que estos riesgos y peligros se aplican a TODA clase de anestesia/analgésico y que se han identificado anteriormente riesgos específicos o adicionales, los cuales se aplican a una clase de anestesia específica. Yo entiendo que la clase de anestesia/analgésico que se marque debajo, será usada para mi procedimiento y que la técnica de anestesia que se utilizará es determinada por muchos factores, incluyendo mi condición física, la clase de procedimiento que mi doctor realizará, y/o su preferencia al igual que mi propio deseo. Se me ha explicado que a veces una técnica de anestesia que involucra el uso de analgésicos locales con o sin sedación, puede que no sea completamente eficaz y que se tenga que utilizar otra clase de anestesia incluyendo anestesia general. Yo entiendo que la clase de anestesia/analgésico se tenga que cambiar sin que se me pueda informar. Yo entiendo que la anestesia/analgésicos involucran riesgos y peligros como lo indica este permiso, pero yo pido el uso de analgésicos/anestesia para alivio y protección de dolor durante el procedimiento planeado y procedimientos adicionales.

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bloqueo de Nervio Mayor/Menor <input type="checkbox"/> Con Sedación <input type="checkbox"/> Sin Sedación | Resultados que se deben de esperar | Perdida temporal de sensación y/o movimiento de una extremidad o área específica. |
| | Técnica | Medicamento inyectado cerca de los nervios produciendo pérdida de sensación en el área de la cirugía. |
| | Riesgos (que incluyen pero no están limitados a) | Infección, convulsiones, desaliento, adormecimiento persistente o dolor, daño al nervio, hemorragia, residuos de dolor que requieren más anestesia, daño a los vasos sanguíneos, el bloqueo esta bajo o alto, colapso cardiovascular, daño cerebral, ronquera temporaria, pulmón obstruido, dificultad respirando, necesidad médica en convertirla en anestesia general. |
| <input type="checkbox"/> Analgésico/Anestesia Bloqueo Regional <input type="checkbox"/> Con Sedación <input type="checkbox"/> Sin Sedación | Resultados que se deben de esperar | Pérdida temporal de sensación y/o movimiento de una extremidad o área específica. |
| | Técnica | Medicamento inyectado a las venas del brazo o mientras se esta usando un torniquete. |
| | Riesgos (que incluyen pero no están limitados a) | Daño al nervio, dolor persistente o adormecimiento, dolor de cabeza, infección, sangrar hematoma, desaliento, convulsiones, residuos de dolor que requieren más anestesia, daño a los vasos sanguíneos, colapso cardiovascular, (por ejemplo: hipotensión, bradicardia), infección, daño cerebral, el bloqueo esta alto o defectuoso, necesidad médica de convertirla en anestesia general. |
| <input type="checkbox"/> Acceso vascular - catéters no estrechos, catéters estrechos, acceso implantado <input type="checkbox"/> Catéter Central Intravenoso <input type="checkbox"/> Catéter Arteria Pulmonar <input type="checkbox"/> Línea Arterial | Resultados que se deben de esperar | Aumento adecuado del monitoreo de circulación de sangre. |
| | Técnica | Colocar una línea grande intravenosa en una central. |
| | Riesgos (que incluyen pero no están limitados a) | Neumotórax (pulmón obstruido), lesión a los vasos sanguíneos y/o nervios, hemotórax/ hemomediastino (sangrando hacia el pecho al rededor de los pulmones o al rededor del corazón) embolismo (paso de aire hacia los vasos sanguíneos y posiblemente al corazón y/o vasos sanguíneos entrando al corazón), trombosis (coagulación sanguínea) lesión a extremidad(es). |
| <input type="checkbox"/> Anestesia de Cuidado (sin sedación) | Resultados que se deben de esperar | Medidas de signos vitales, disponibilidad del proveedor anestesiólogo para más intervención. |
| | Técnica | Evaluación física y utilización de equipo de signos vitales. |
| | Riesgos (que incluyen pero no están limitados a) | Disfunción de memoria/perdida de memoria, estar más consciente durante el procedimiento, ansiedad y/o incomodidad, necesidad médica de convertirla en anestesia general. |

PATIENT IDENTIFICATION:



15300 SW Freeway, Suite 100
 Sugar Land, TX 77478
 Phone: 281.274.6670
 SLS-076 S (08/13)

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Cuidado Vigilado de la Anestesia con Sedación (Sedación Inconsciente) | Resultados que se deben de esperar | Menos ansiedad y dolor, amnesia parcial o total. |
| | Técnica | Medicamento inyectado en el sistema intravenoso, respirando hacia los pulmones, o por otras rutas, produciendo un estado semiconsciente. |
| | Riesgos (que incluyen pero no están limitados a) | Un estado inconsciente, respiración restringida, daño a los vasos sanguíneos, daño permanente a los órganos, disfunción de la memoria, pérdida de memoria, daño cerebral, náusea, vómito, dolor de boca o garganta, ronquera, daño a la boca o a los dientes, aspiración, neumonía, dolor de cabeza, escalofrío, daño permanente a los órganos, daño cerebral, posibilidad de convertirla en anestesia general si la sedación no es adecuada. |
| <input type="checkbox"/> Anestesia General | Resultados que se deben de esperar | Total estado inconsciente; es posible que se tenga que colocar un tubo en la tráquea. |
| | Técnica | Se inyectan medicamentos intravenosos, aspirando hacia los pulmones o por otras rutas. |
| | Riesgos (que incluyen pero no están limitados a) | Nausea, vomito, dolor de boca o garganta, ronquera, daño a las cuerdas vocales, dientes, labios, boca u ojos, disfunción/perdida de memoria, daño permanente a los órganos, daño cerebral, estar consciente durante el procedimiento estando bajo el efecto de anestesia, daño a los vasos sanguíneos, vómito, aspiración, neumonía, dolor de cabeza, escalofrío. Desprendimiento prematuro de los dientes en población pediátrica. |

Yo voluntariamente pido que la anestesia o cuidado de control de dolor proveído poco antes, durante o inmediatamente después del procedimiento como ha sido mencionado anteriormente, se me administre a mi (el paciente). Yo entiendo que será administrado por un anesthesiólogo o cirujano y cuantos otros proveedores del cuidado de salud sean necesarios, incluyendo anesthesiólogos y/o enfermeras anestesistas registradas y/o por el cirujano que esta operando. Yo también doy consentimiento a otra clase de anestesia como alternativa y resucitación si es necesario, como lo considere apropiado el anesthesiólogo o cirujano que este operando.

Yo entiendo la importancia de proporcionar mi historia médica completa a mi proveedor del cuidado de la salud, incluyendo la necesidad de divulgar que medicamentos estoy tomando, los que son recetados y los que compro sin receta. Yo también entiendo que el uso de remedios caseros (hierbas), alcohol o cualquier clase de droga ilegal pueden aumentar serios riegos o serias complicaciones y deben de dejarse saber. Yo también entiendo que es importante informar sobre complicaciones con anestesis previas.

Yo entiendo de que no se me han hecho promesas sobre los resultados de los métodos de anestesia/analgésicos.

También se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos de anestesia/analgésicos, los procedimientos que se utilizarán, los riesgos y peligros envueltos, y otras alternativas para anestesia/analgésicos. Yo creo que tengo suficiente información para dar este permiso.

Yo certifico que he leído este formulario o que se me ha leído, y de que entiendo los riesgos, alternativas, y resultados que se pueden esperar del servicio de anestesia/analgésico y de que he tenido suficiente tiempo para hacer preguntas y considerar mis decisiones.

X

Firma del Paciente

Firma del Testigo

Fecha y Hora

Firma del Equipo de Anesthesiólogos o Cirujano que aplicara la anestesia

Representante Legal del Paciente

Relación con el Paciente



15300 SW Freeway, Suite 100
Sugar Land, TX 77478
Phone: 281.274.6670
SLS-0765 b

PATIENT IDENTIFICATION: