

## CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA

Yo, \_\_\_\_\_  
autorizo expresamente, en forma libre y consciente, al Dr. Luis Fernando Lira y al Dr. Marco Antonio Navarro Aguilar y su equipo de trabajo, para que realicen en el (la) paciente.

Características Anestésico Quirúrgico la siguiente operación:

\_\_\_\_\_

Con Monitorización Cardíaca \_\_\_\_\_

Posibilidad de necesitar transfusión sanguínea (transoperatoriamente) SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Postoperatorio SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Estancia post operatoria en área de recuperación (tiempo aproximado) :

\_\_\_\_\_

Se me ha explicado que la anestesia: \_\_\_\_\_  
puede causar algunas complicaciones,  
como: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se me ha explicado que la operación antes mencionada conlleva

\_\_\_\_\_  
algunos riesgos secundarios por anestesia, como:

\_\_\_\_\_

Principalmente ( las cuales se me han explicado en detalle y entiendo claramente el alcance de la magnitud las mismas) y que esto la mayor parte de las veces no es responsabilidad de mi Doctor, por lo que lo libero de la misma, sabiendo que siempre actuará con la mayor ética profesional.

Se me explicó igualmente que, en caso de requerirse procedimientos u operaciones secundarias por complicaciones, o por no haberse logrado el objetivo quirúrgico buscado inicialmente, los gastos quirúrgicos u hospitalarios así como los honorarios médicos de otros especialistas que se llegasen a requerir serán agregados a mi cuenta.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Monterrey Nuevo León, México.

