



CENTRO MEDICO PACIFICO
C/ Francisco Brizuela 11, PB – Local 2. Madrid 28011
(Acceso por C/ Severino Aznar Embid 8)
Tif. 91 526 76 24

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA LOCAL

CÓDIGO y DNI N°

DECLARO:

Que el Médico del Centro Médico Pacífico me ha explicado que el tratamiento que he elegido para interrumpir mi embarazo implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante inyección en el cuello del útero, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los impulsos nerviosos, de tal manera que se inhibe transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor.

Me ha explicado que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente. También puede provocar alucinaciones, visión doble, sabor metálico, mareos y vómitos. En casos excepcionales puede provocar convulsiones y depresión respiratoria. Muy raramente, debido a factores inherentes a la paciente que no puede controlar el Médico y desconoce la paciente, pueden provocar la muerte.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** en que se me administre anestesia local.

En Madrid a.....dede

Fdo. EL MEDICO

Fdo. LA PACIENTE