

SALISH SEDATION SERVICES, PLLC

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

1. Por el presente, autorizo a Salish Sedation Services, PLLC a administrar sedación por vía intravenosa durante mi procedimiento. Se me ha informado acerca del tipo y propósito de la técnica de anestesia propuesta.
2. La anestesia implica riesgos además de aquellos por el procedimiento médico o quirúrgico en sí. Estos riesgos pueden incluir, entre otros, reacciones adversas al medicamento, despertar durante la operación, daño cerebral, muerte, lesión en un nervio y daño en dientes o prótesis dentales, como puentes, coronas e implantes. Otros riesgos también pueden ser daño en las cuerdas vocales, arterias o venas, problemas respiratorios, dolor y molestia leves, dolores de cabeza y espalda, y aspiración (cuando los contenidos del estómago ingresan a los pulmones y pueden causar una infección). En el caso de una complicación, ni Northwest Gastroenterology & Endoscopy ni Salish Sedation Services, PLLC asumirán una responsabilidad económica con respecto a la atención y tratamiento derivados de dicha complicación. Un anestesista me explicó los riesgos de la anestesia a mi entera satisfacción, y hubo oportunidad suficiente de hablar con respecto al tratamiento propuesto y los respectivos riesgos.
3. Me han aclarado todas mis dudas a mi entera satisfacción. Considero que tengo toda la información necesaria para dar mi consentimiento con respecto a la administración propuesta de anestésico(s) y las respectivas técnicas anestésicas.
4. Autorizo a la empresa de servicios o administración de facturación de Salish Sedation Services, PLLC a solicitar beneficios en mi nombre; asimismo, autorizo que todos los pagos de mi seguro médico designado se realicen directamente a Salish Sedation Services, PLLC. Entiendo que soy responsable ante Salish Sedation Services, PLLC por todos los cargos, incluso aquellos que no cubre mi aseguradora.
5. Autorizo a Salish Sedation Services, PLLC a divulgar cualquier información necesaria a mi(s) aseguradora(s) designada(s) y a todas las demás aseguradoras con el fin de procesar reclamaciones relacionadas con los servicios de anestesia otorgados.
6. Se me ha informado que uno o más de los médicos de este consultorio tienen derechos de propiedad en Salish Sedation Services, PLLC, la empresa que otorga servicios de anestesia.

DECLARO Y MANIFIESTO QUE LEÍ LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y ENTIENDO QUE ES CERTERA. No se hizo ninguna declaración ni se otorgaron garantías, ya sea de forma explícita o implícita, con respecto al resultado del procedimiento de anestesia. Han aclarado todas mis dudas a mi entera satisfacción.

Firma del paciente o persona designada autorizada

Fecha y hora de la firma del paciente

Testigo

Firma del anestesista que obtiene el consentimiento

Etiqueta del paciente