

 ClínicaVida especialistas en cáncer Fundación Colombiana de Cancerología	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR ANESTESIA	Página: 1 de 5
		Código: FO-SQ-04
		Versión: 02
		Fecha de actualización: 21/11/2025
		Actualizado por: Director unidades quirúrgicas

Fecha: DD/MM/AAAA		Hora: 00:00
INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre y Apellidos completos		
Tipo de identificación: (Marque con una X) TI / CC / CE / PA / PT / PP / SC		Número de identificación:
Edad	Asegurador	Teléfono

La Ley 23 de 1981 establece las normas éticas, derechos y deberes exigidos a las relaciones médico-pacientes, advirtiendo la necesidad del consentimiento para realizar los diferentes tratamientos médicos quirúrgicos que se requieran en cada caso en concreto. Entre los derechos que le asiste por Ley, se encuentran el de estar informado del procedimiento, sus riesgos, beneficios, alternativas, así como también el de rechazar (disentir) el procedimiento, que se le resuelvan las dudas y posteriormente el de suscribir el consentimiento previo al acto médico.

En cumplimiento de la Ley 527 de 1999 y el Decreto 2364 de 2012, las demás normas concordantes y que complementa, declaran que la firma se realizó por intercambio electrónico de datos, siendo estos admisibles como prueba. Acepto y reconozco que en el evento que la firma del presente documento sea realizada mediante firma electrónica, la firma plasmada en el consentimiento es confiable y vinculante, teniendo la misma validez y los mismos efectos jurídicos de la firma manuscrita. Declara que: 1. Que los datos de creación de cada firma corresponden única y exclusivamente al firmante quien tiene capacidad jurídica para comprometer a la sociedad. 2. Que el firmante registrado es quien tiene y tendrá acceso a los datos de creación de la firma. 3. Que los firmantes actuando en representación de cada una de las Partes tienen plenas facultades legales y estatutarias para obligarlas mediante firma electrónica.

1. PROCEDIMIENTO

Se realizará el procedimiento **administración de anestesia**, en las siguientes modalidades **general, sedación, conductiva (raquídea o epidural), regional (periférica o de bloqueos) o mixta:**

Como parte del procedimiento quirúrgico _____

2. OBJETIVOS

- **Anestesia general:** Es un estado farmacológico inducido, reversible, en el cual el paciente pierda la conciencia (hipnosis), la sensibilidad al dolor (anestesia), amnesia (no recordar lo ocurrido), relajación muscular (pérdida del control muscular voluntario), abolición de reflejos (como los protectores de vía aérea) facilitando la realización de los procedimientos quirúrgicos. Esto se logra mediante la administración de medicamentos anestésicos (intravenosos, inhalados o en combinación), y requiere monitorización continua de las funciones vitales (respiratoria, cardiovascular y neurológica), ya que el paciente no puede mantener de forma autónoma su ventilación ni sus reflejos protectores.
- **Anestesia regional o conductiva:** Administración de agentes anestésicos locales alrededor de nervios periféricos, plexos nerviosos o en el espacio neuroaxial (epidural o subaracnoideo), que produce una pérdida reversible de la sensibilidad y, en ocasiones, de la función motora en una región específica del cuerpo, sin pérdida de la conciencia.
- **Sedación:** Emplear fármacos para deprimir de manera controlada el sistema nervioso central, logrando grados variables de relajación, ansiólisis, analgesia y disminución de la conciencia, sin alcanzar los criterios de anestesia general.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR ANESTESIA	Página: 2 de 5
		Código: FO-SQ-04
		Versión: 02
		Fecha de actualización: 21/11/2025
		Actualizado por: Director unidades quirúrgicas

3. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

La anestesia se administra durante un procedimiento quirúrgico con el propósito de bloquear la percepción del dolor y disminuir las respuestas físicas y emocionales asociadas al estímulo quirúrgico, permitiendo que el procedimiento o la cirugía se realicen de manera segura, controlada y confortable para el paciente

4. RIESGOS

Entiendo que durante la intervención quirúrgica se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos. Durante el curso de cualquier intervención se pueden presentar condiciones imprevistas que requieren una extensión del procedimiento, o una diferente al programado, o cambiar la técnica y el abordaje quirúrgico y la administración de algunos medicamentos en casos especiales, así como una permanencia en la institución. Los riesgos más frecuentes son:

4.1. FRECUENTES

Riesgos de anestesia general y sedación: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación. Otros riesgos durante la anestesia general son: fracturas dentales, caída de dientes o de prótesis (incluidas las prótesis fijas y/o “coronas” o “carillas”); lesión de tejidos blandos por presión (heridas en labios, lengua, encías, u otras partes del cuerpo); recuerdo intraoperatorio, ronquera, úlceras corneales (laceraciones en la capa que recubre el ojo) que produzca dolor severo y que pueda generar la necesidad de un trasplante de córnea, o la pérdida definitiva de la visión, trastornos del sueño, arritmias cardíacas, náuseas y/o vómito que podrían producir ingreso del contenido gástrico al pulmón; prurito (rasquiña); retención urinaria (dificultad para orinar); constipación u otros trastornos de la motilidad gastrointestinal; ceguera transitoria o definitiva asociada a algunos tipos de procedimientos y a características particulares al paciente; trastornos del sueño posteriores a la cirugía (insomnio, somnolencia, pesadillas); contracción y broncoespasmo (cierre de la vía aérea que impide la entrada de aire a los pulmones) y crisis asmática.

Riesgos de anestesia conductiva: existen dos tipos, raquídea o epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de la aplicación, edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, hematoma y fístula que pudiera requerir intervención quirúrgica, dolor de cabeza leve a severo, meningitis, dolor de espalda agudo o crónico, lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, coágulo de sangre que comprime la médula espinal, retención urinaria transitoria, alteraciones de la presión arterial, alteraciones de la oxigenación. En ocasiones pudiese existir que dicha técnica no logra el nivel anestésico requerido necesitando la administración conjunta de otra técnica anestésica.

Riesgos de anestesia regional: reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación, lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión de nervios con déficit en la sensibilidad o dificultad para movilizar y sensaciones que pueden variar desde adormecimiento hasta dolor, infecciones en zona de punción, sangrado, lesión vascular, , intoxicación por anestésicos locales que podrían requerir soporte hemodinámico y ventilatorio. Sé que pueden producir bloqueos incompletos, por lo que se haría necesario utilizar otro tipo de anestesia complementaria.

4.2. GRAVES

- Parada cardíaca imprevista, con resultado de muerte o daño cerebral transitorio o permanente se produce de forma excepcional en pacientes sanos. El riesgo es mayor en pacientes con enfermedades cardíacas, edad avanzada y en la cirugía de urgencia.
- Reacciones adversas o tóxicas imprevistas a los medicamentos y anestésico utilizados. Pueden producir descensos de la presión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco, aumento de la temperatura corporal, problemas renales, coma, cardiotoxicidad y nefrotoxicidad
- En la anestesia regional la punción accidental de una vena o arteria vecina a los nervios provoca hemorragia y hematoma. Esto, a su vez, pueden lesionar los propios nervios. Esta complicación es rara pero potencialmente grave

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR ANESTESIA	Página: 3 de 5
		Código: FO-SQ-04
		Versión: 02
		Fecha de actualización: 21/11/2025
		Actualizado por: Director unidades quirúrgicas

cuando se produce en la columna vertebral. Puede ser necesaria una intervención en la espalda para descomprimir los nervios.

- En raras ocasiones, al realizar la canalización de una vena central o en anestesia regional, se puede producir un neumotórax o hemitórax (ingreso de aire o sangre al pulmón)
- Lesión de cuerdas vocales, trauma pulmonar por ventilación mecánica, lesión en traquea, traqueostomía para permitir el paso de oxígeno a los pulmones.
- Enfermedades poco frecuentes que conlleven a eventos adversos severos tales como hipertermia maligna (aumento de la temperatura corporal amenazante para la vida), porfirias (enfermedades metabólicas amenazantes para la vida), colinesterasa atípica (alteración genética que produce prolongación del efecto de algunos medicamentos anestésicos), síndrome neuroléptico maligno (reacción adversa a la administración de algunos medicamentos anestésicos),

En todos los casos, la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida hace todos los esfuerzos para la reducción de los riesgos propios del procedimiento y dispone de los medios para el manejo de las complicaciones que lleguen a presentarse.

5. ALTERNATIVAS

Cualquier intervención quirúrgica precisa algún tipo de anestesia. El/la anesthesiólogo/a le informará cuáles son las alternativas en su caso particular. Usted podrá manifestar sus preferencias.

6. RIESGOS CLÍNICOS DE NO ACEPTAR EL PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO

- **Deterioro de la salud:** si se pospone o evita el procedimiento debido a la falta de anestesia, es posible que su condición médica empeore, lo que podría requerir tratamientos más agresivos o prolongados en el futuro.
- **Mayor riesgo de complicaciones:** sin anestesia adecuada, existe un riesgo significativamente mayor de complicaciones durante el procedimiento, como aumento del dolor, tensión física o emocional intensa, lo que podría prolongar el tiempo de recuperación y aumentar la probabilidad de infecciones.
- **Respuesta fisiológica alterada:** la ausencia de anestesia puede desencadenar respuestas fisiológicas adversas, como aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca elevada o incluso arritmias cardíacas en pacientes susceptibles.
- **Impacto psicológico:** la experiencia de dolor y malestar durante un procedimiento sin anestesia adecuada puede causar un impacto emocional significativo, incluyendo ansiedad, miedo y estrés postoperatorio prolongado.
- **Menor precisión en el tratamiento:** la falta de anestesia puede dificultar la precisión de las técnicas quirúrgicas, lo que podría comprometer el resultado del procedimiento y la efectividad del tratamiento.

7. RIESGOS INHERENTES AL PACIENTE

Los riesgos específicos de acuerdo con su condición o antecedentes clínicos son _____

8. AMPLIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

En caso de tener alguna duda sobre el procedimiento puede solicitar a su médico tratante ampliar la información brindada en este documento

9. AUTORIZACIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE PERSONAL EN FORMACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo para que durante mi proceso de atención puedan participar personal asistencial en formación debidamente supervisado. **SI () NO ()**

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR ANESTESIA	Página: 4 de 5
		Código: FO-SQ-04
		Versión: 02
		Fecha de actualización: 21/11/2025
		Actualizado por: Director unidades quirúrgicas

CONSENTIMIENTO

Después de entender claramente y haber leído la información suministrada, de tener la oportunidad de aclarar y resolver mis dudas e inquietudes sobre el procedimiento, de contar con el espacio y tiempo suficiente, en el cual se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de éste, de que además me han expresado los posibles riesgos y complicaciones, así como los alcances de otras alternativas de tratamiento, los cuales manifiesto conocer y entender, en pleno uso de mis facultades manifiesto libre y voluntariamente mi consentimiento para la realización del procedimiento, por lo tanto, **AUTORIZO** lo indicado durante el proceso de atención integral dentro de la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida, además, este consentimiento lo extiendo para que me sean practicados los procedimientos, o actividades necesarias para enfrentar situaciones imprevisibles o complicaciones de mi salud derivados del procedimiento inicial. Entiendo que el personal tratante actuará con la debida prudencia y diligencia y que en ningún momento asume la obligación del resultado.

Consentimiento diferido: Dado que el beneficiario de los procedimientos no se encuentra en la capacidad de toma de decisiones (menor de edad, inconciencia, alteración mental temporal o definitiva), en mi calidad de representante legal o tutor, el profesional de la salud me ha explicado en forma clara, veraz y satisfactoria en qué consiste el procedimiento, qué es, cómo se hace, para qué sirve. Igualmente, se me han explicado los riesgos y complicaciones que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntaria doy mi consentimiento para que se le realicen los procedimientos antes descritos

Certifico que he entregado al personal de salud toda la información correspondiente a mi historial clínico, que incluye antecedentes de alergias, medicamentos y enfermedades; he informado acerca del consumo actual de suplementos dietarios, herbales, medicamentos y/o sustancias psicoactivas legales o ilegales que pueden afectar el acto anestésico y que el profesional debe tener en cuenta.

Nombre usuario o representante legal: _____
 Cédula usuario o representante legal: _____
 Firma usuario o representante legal: _____



Nombre del profesional que informa: _____
 Firma del profesional que informa: _____ Registro: _____

En caso que el usuario o representante legal no sepa leer, ni firmar, se debe colocar su huella y el nombre y firma de un testigo y dejar constancia que al paciente se le explico de manera verbal el consentimiento

DISENTIMIENTO (RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO)

Después de ser informado sobre la naturaleza y propósito diagnóstico del procedimiento, así como sobre las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos de esta, manifiesto de forma libre y consciente **NO ACEPTO NI AUTORIZO** la realización de lo descrito, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión, exonerando de toda responsabilidad ética, disciplinaria, civil y/o penal a la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida y a sus profesionales médicos y como consecuencia, firmo a continuación;

 ClínicaVida especialistas en cáncer Fundación Colombiana de Cancerología	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECIBIR ANESTESIA	Página: 5 de 5
		Código: FO-SQ-04
		Versión: 02
		Fecha de actualización: 21/11/2025
		Actualizado por: Director unidades quirúrgicas

Nombre usuario o representante legal: _____
Cédula usuario o representante legal: _____
Firma usuario o representante legal: _____



Nombre del profesional que informa: _____
Firma del profesional que informa: _____ Registro: _____

En caso que el usuario o representante legal no sepa leer, ni firmar, se debe colocar su huella y el nombre y firma de un testigo y dejar constancia que al paciente se le explico de manera verbal el consentimiento

.....

REVOCATORIA (CAMBIO DE DECISIÓN INICIAL)

Diligenciar únicamente si el paciente decide cambiar su decisión inicial

De manera libre y voluntaria, he decidido cambiar la decisión inicial frente al tratamiento o procedimiento _____ el cual había firmado el día _____ del mes _____ del año _____, asumiendo los riesgos y consecuencias previstas e imprevistas, acogiéndome a las posibles alternativas. Con esta decisión exono de toda responsabilidad ética, disciplinaria, civil y/o penal a la Fundación Colombiana de Cancerología Clínica Vida y a sus profesionales médicos. Las razones para cambiar mi decisión son:

_____.

Nombre usuario o representante legal: _____
Cédula usuario o representante legal: _____
Firma usuario o representante legal: _____



Nombre del profesional que informa: _____
Firma del profesional que informa: _____ Registro: _____

En caso que el usuario o representante legal no sepa leer, ni firmar, se debe colocar su huella y el nombre y firma de un testigo y dejar constancia que al paciente se le explico de manera verbal el consentimiento