This proof is submitted for your review and approval. It is supplied for content, layout, and version review and does not reflect paper or ink match. Please review your proof carefully.

ACKNOWLEDGEMENT OF CONSENT FOR ANESTHESIA SERVICES

Patient's Name: _____ (The words: "I" and "me" mean the patient, if this form is signed by someone who is not the patient.)

I give my consent for _____(name of provider) / _____(group name)
(include anesthesia group name if change may occur during procedure) to perform the following anesthesia procedure(s) on me:

_____ ☐ General Anesthesia ☐ Spinal Block ☐ MAC (Sedation) ☐IV Regional _____

_____ ☐ Epidural Block ☐ Femoral Nerve Block ☐ Interscalene Nerve Block ☐ Other _____

_____ If applicable: ☐ Left ☐Right ☐Level _____

Fact sheet(s) provided:☐ Anesthesia ☐ Anesthesia for Children ☐ Anesthesia for Labor and Delivery ☐ Other_____

The following anesthetic issues have been discussed with me:

- The potential benefits
- Substantial and significant risks
- Options

Although modern anesthesia is generally very safe, no anesthetic is without risk of complications, however minor. In extreme cases, even death is possible. Your anesthesia provider is a skilled specialist trained to monitor you during your procedure and to make your anesthesia as safe as possible.

No promises were made to me about the outcome of the above procedure(s). I understand that during the course of the anesthetic, unforeseen conditions may necessitate additional or different procedures than those explained. I agree that my anesthesia care provider(s) may perform such procedures as are, in his/her professional judgment, necessary and desirable for my well-being.

I am satisfied with the explanations I have received. I have had the opportunity to ask questions and have all my questions answered to my satisfaction. I understand there are risks of substantial and serious harm. I also understand that in order to receive the safest care possible, it is important for me to give a complete medical and surgical history to the health care providers who are caring for me.

I certify that to the best of my knowledge, I have provided in detail my medical and surgical history including the following information:

- All medical problems
- Previous surgical procedures
- Any recent illness
- Food allergies (including the type of reaction)
- Medication allergies (including the type of reaction)
- Surgical implants
- Smoking and recreational drug use (including alcohol)
- Past experiences with anesthesia (personal or family)
- Current medications (including all over-the-counter medicines, herbs, alternative complementary medicines, vitamins, and prescription medicines)

PROOF

I agree that persons approved by the facility may watch my procedure for educational reasons. I agree to photos and videos. I understand that my identity will be protected. These actions are part of medical education and quality improvement. I also understand and agree that practitioners other than the above listed anesthesia providers(s), including but not limited to residents, and possibly other medical providers who are not physicians, may be performing important tasks related to the procedure under the supervision of the responsible anesthesia provider. I have had the opportunity to ask questions about these individuals, their skills, and the task they may perform.

I understand the health care providers involved in my care, including those providing anesthesia services, may not be agents or employees of the hospital and that the hospital is not responsible for their actions or inaction.

I HAVE READ OR HAVE HAD THE OPPORTUNITY TO READ AND UNDERSTAND THIS CONSENT INFORMATION, INCLUDING ANY INFORMATION ON ANY FACT SHEETS THAT I HAVE BEEN GIVEN. MY QUESTIONS HAVE BEEN ANSWERED SATISFACTORILY. I ACCEPT THE RISKS INVOLVED IN HOPES OF OBTAINING BENEFICIAL RESULTS.

PATIENT or REPRESENTATIVE SIGNATURE _____DATE _____ TIME _____

Relationship of Representative to patient _____

WITNESS TO SIGNATURE _____DATE _____ TIME _____

Telephone/Verbal Consent			
	_____	_____	_____
	NAME OF PERSON GIVING CONSENT	RELATIONSHIP	PHONE NUMBER
	WITNESS TO TELEPHONE/VERBAL CONSENT_____DATE _____TIME _____		
	WITNESS TO TELEPHONE/VERBAL CONSENT_____DATE _____TIME _____		

Consent 50064

IHCMR906 8/11 ©IHC Health Services, Inc.

1A 1B

8110113429

Intermountain Healthcare

© IHC Health Services, Inc. (2007)

ACKNOWLEDGEMENT OF CONSENT FOR ANESTHESIA SERVICES

FACE

RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

Nombredel paciente: _____ (La palabra "yo" significa el paciente, si este formulario está firmado por alguien que no es el paciente).

Yo doy mi consentimiento para que _____(nombre del proveedor) _____(nombre del grupo) (incluir el nombre del grupo de la anestesia, si algún cambio pueda ocurrir durante el procedimiento) realice el/los siguiente/s procedimiento/s de anestesia/s:

☐ Anestesia general ☐ Bloqueo espinal ☐MAC (Anestesia monitoreada) (Sedación) ☐IV (Intravenosa) regional _____

☐ Anestesia epidural ☐Bloqueo del nervio femoral ☐Bloqueo del nervio interescaleno ☐Otro _____

Si aplica: ☐ Izquierda ☐Derecha ☐Nivel _____

Hojas informativas entregas: ☐ Anestesia ☐ Anestesia para los niños ☐ Anestesia para el parto ☐ Otro_____

Los siguientes problemas anestésicos se han discutido conmigo:

- Los posibles beneficios
- Los riesgos importantes y significativos
- Opciones

A pesar de que la anestesia moderna es generalmente muy segura, ninguna está sin riesgo de complicaciones, aunque sean menores. En casos extremos, incluso la muerte es posible. Su proveedor de anestesia es un especialista calificado entrenado para vigilarlo durante el procedimiento y hacer que su anestesia sea lo más segura posible.

No se me hicieron promesas sobre el/los resultado/s del/de los procedimiento/s anterior/es. Entiendo que durante el transcurso de la anestesia, pueden surgir imprevistos que requieran procedimientos adicionales o distintos a los que se explican. Estoy de acuerdo en que mi/s proveedor/es de servicios de anestesia lleve/n a cabo los procedimientos que, sean a su juicio profesional, necesarios y convenientes para mi bienestar.

Estoy satisfecho con las explicaciones que he recibido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclararlas a mi satisfacción. Entiendo que hay riesgos de daño importante y serio. También entiendo que para poder recibir la atención más segura posible, es importante que yo de una completa historia médica y quirúrgica a los proveedores de cuidados de la salud que cuidan de mí.

PROOF

Certifico que, a mi leal saber y entender, he proporcionado en detalle mi historial médico y quirúrgico, incluyendo la siguiente información:

- Todos los problemas médicos
- Procedimientos quirúrgicos anteriores
- Enfermedades recientes
- alergias a los alimentos (incluyendo el tipo de reacción),
- alergia a medicamentos (incluyendo el tipo de reacción),
- Fumar y el uso de drogas recreacionales (incluyendo el alcohol)
- Experiencias previas con la anestesia (personal o familiar)
- Medicamentos actuales(incluyendo todos los medicamentos de venta libre, hierbas, medicinas alternativas complementarias, vitaminas y medicamentos con receta)

Expreso mi conformidad en que las personas autorizadas por el centro pueden observar mi procedimiento por razones educativas. Expreso mi conformidad para fotos y videos. Yo entiendo que mi identidad será protegida. Estas acciones son parte de la educación médica y la mejora de la calidad. También entiendo y estoy de acuerdo en que los profesionales que no sean de anestesia anteriormente mencionados, incluyendo pero sin limitarse a los residentes y posiblemente proveedores de servicios médicos quienes no son médicos, pueden realizar importantes tareas relacionadas con el procedimiento bajo la supervisión del proveedor de anestesia. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de estos individuos, sus habilidades, y la tarea que pueden realizar.

Entiendo que es posible que los profesionales de la salud involucrados en mi atención, incluyendo los que prestan servicios de anestesia, no sean agentes o empleados del hospital y que el hospital no es responsable de sus acciones o falta de acciones.

HE LEÍDO O HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y COMPRENDER LA INFORMACIÓN DE ESTE CONSENTIMIENTO, INCLUYENDO CUALQUIER INFORMACIÓN EN LAS HOJAS INFORMATIVAS QUE SE ME HAN DADO. MIS PREGUNTAS HAN SIDO RESPONDIDAS SATISFACTORIAMENTE. ACEPTO LOS RIESGOS CON LA ESPERANZA DE OBTENER RESULTADOS BENEFICIOSOS.

FIRMA DE PACIENTE o REPRESENTANTE _____ FECHA _____ HORA _____

Relación del representante con el paciente _____

TESTIGO DE LA FIRMA _____ FECHA _____ HORA _____

Consentimiento verbal/teléfono			
	_____	_____	_____
	NOMBRE DE LA PERSONA QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO	RELACIÓN	TELÉFONO
	TESTIGO AL CONSENTIMIENTO VERBAL/TELÉFONO_____	FECHA _____	HORA _____
	TESTIGO AL CONSENTIMIENTO VERBAL/TELÉFONO _____	FECHA _____	HORA _____

Intermountain Healthcare

ACKNOWLEDGEMENT OF CONSENT FOR ANESTHESIA SERVICES

IHCMR906 8/11 ©IHC Health Services, Inc. Translation by LIngotek 2011
B1A
8110113429
Consent 50064
REGULAR BACKER