

**ACKNOWLEDGEMENT OF CONSENT FOR ANESTHESIA SERVICES
ACUSE DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA**

NAME: _____

I give my consent for the following anesthesia provider (CRNA) to perform anesthesia services on me/my child, and I have legal capacity to sign this consent:

Anthony C. Harward, CRNA

The following anesthetic issues have been discussed with me:

The potential risks and benefits and all other options.

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

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 anesthesia provider who is caring for me or my child.

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

All Previous medical problems
Previous surgical procedures
Past experiences with anesthesia (personal or family)
Current medications (including all over-the-counter)
Allergies including: medicines, foods, herbs, alternative medicines
Any recent illness
Fasting Status

I understand that the anesthesia providers involved in my care are not employees of the Dental/Physician Office, but are Independent Contractors.

I acknowledge that any and all costs associated with any collections of fees will be my responsibility.

I HAVE HAD THE OPPORTUNITY TO READ AND UNDERSTAND THIS CONSENT INFORMATION, AND ALL MY QUESTIONS HAVE BEEN ANSWERED SATISFACTORILY. I ACCEPT THE RISKS INVOLVED FOR ME OR MY CHILD IN HOPES OF OBTAINING BENEFICIAL RESULTS.

SIGNATURE OF PATIENT/PARENT/GUARDIAN: _____

Date: _____

NOMBRE: _____

Yo doy mi consentimiento para cualquiera de los proveedores de anestesia para llevar a cabo los servicios de anestesia a mi hijo, y tengo la capacidad legal para firmar este consentimiento: _____

(Anesthesia Provider Name)

Los siguientes temas han sido discutidos anestésicos conmigo:

Los beneficios potenciales y las opciones y los riesgos sustanciales y significativos. Aunque la anestesia moderna es generalmente muy segura, ninguna anestesia es sin riesgo de complicaciones. En casos extremos, incluso la muerte es posible. Su proveedor de la anestesia es un especialista calificado entrenado para vigilar a su hijo durante el procedimiento y hacer de su anestesia lo mas seguro posible.

Estoy satisfecho con las explicaciones que he recibido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y tener todas las respuestas a mis preguntas a mi satisfacción. Entiendo que con el fin de recibir la atención mas segura posible, es importante para mi para dar una completa historia medica y quirúrgica a los profesionales de la salud que cuidan a mi hijo.

Certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, he dado con todo detalle la historia clínica y quirúrgica de ji hijo, incluyendo la siguiente información:

Todos los problemas medicos anteriores
Procedimientos quirúrgicos previos
Las experiencias pasadas con la anestesia (personal o familiar)
Cualquier enfermedad reciente
Los medicamentos actuales (incluidos todos los over-the-counter)
Alergias, incluyendo a: medicamentos, alimentos, hierbas, medicinas alternativas

Entiendo que los proveedores de anestesia participen en mi atención no son empleados de la ofician dental pero son contratistas independientes.

Reconozco que cualquier y todos los costos asociados con todas las colecciones de honorarios serán mi responsabilidad.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE LEER Y ENTENDER EL CONSENTIMIENTO DE ESTA INFORMACION, Y TODAS MIS PREGUNTAS HAN SIDO CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE. ACEPTO LOS RIESGOS PARA MI HIJO LA ESPERANZA DE OBTENER RESULTADOS BENEFICIOSOS.

FIRMA DEL TUTOR: _____

Date: _____