



**Autorización para Tratamiento Electroconvulsivo  
Authorization for Electroconvulsive Treatment**

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a realizar el siguiente tratamiento:

**Tratamiento Electroconvulsivo (ECT, por sus siglas en inglés)**

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico y/o enfermeras licenciadas de práctica avanzada también pueden estar presentes y/o ayudar a la realización, y/o llevar a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en el tratamiento especificado arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se realiza el tratamiento listado arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con el tratamiento propuesto: (i) la naturaleza y el propósito del tratamiento propuesto; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles del tratamiento propuesto, incluyendo el riesgo de que el tratamiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; y (iii), las alternativas al tratamiento propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas.

La terapia electroconvulsiva es el tratamiento de acción más rápida para enfermedades depresivas serias y también es útil en ciertas otras condiciones psiquiátricas serias. Generalmente se administra una serie de tratamientos.

Cada tratamiento consiste en: 1) El uso de un medicamento intravenoso para producir sueño por un lapso aproximado de cinco minutos; 2) El uso de un agente intravenoso para relajar los músculos del cuerpo; y 3) La inducción de una convulsión muy leve y bien controlada por la que el paciente experimenta poca incomodidad. Las indicaciones para ECT en este caso son:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para el Tratamiento Electroconvulsivo, se me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

- Pérdida de la memoria de corto plazo por el período en el que se administró ECT que generalmente desaparece de pocos días a 4 semanas después de completar los tratamientos.
- Fracturas y dislocaciones que ocurren muy rara vez.
- Ataque cardíaco o apoplejía que son sumamente raros.
- Puede presentar presión sanguínea elevada durante el tratamiento que se trata con medicamentos.
- Ritmos cardíacos irregulares.
- Muerte

\_\_\_\_\_ Iniciales del paciente



6816

Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmando que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del tratamiento y/o procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta a todas mis preguntas sobre la cirugía/procedimiento/tratamiento propuesto.

Accedo al uso de anestesia y/o sedación/analgesia según se requiera.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

\_\_\_\_\_ M.D.      Firmado: \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_      Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

\_\_\_\_\_  
Intérprete