**FICHA DE AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL**

**FECHA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_:\_\_\_\_

**I. DATOS:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PACIENTE** | | | | | | | |
| **N°** | **Nombre Completo** | **Cédula de Identidad** | **Fecha de Nacimiento** | **Edad** | **¿Ha tenido alguna alergia o reacción adversa a anestésicos locales en el pasado?\*** (Si/No) | **Autorizo la aplicación del anestésico local** (Si/No) | **Firma de autorización** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*En el caso de haber tenido alguna alergia o reacción adversa a anestésicos locales en el pasado, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TRATANTE** | | | | | | | | |
| **Nombre Completo** | **Firma de responsabilidad** | **Número del paciente al que realizó la aplicación** | **Anestésico tópico** | | **Anestésico inyectable** | | | |
| Tipo | Zona de aplicación | Tipo | Dosis administrada | Lote | Fecha de vencimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |