

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Procedimiento: _____ Médico responsable: _____

CONSENTIMIENTO DE PROCEDIMIENTO

Por la presente autorizo a < Médico responsable > y al/a los asistente(s) seleccionado(s) por el médico a tratar las(s) condición /condiciones que indica(n) los estudios de diagnóstico ya realizados. Me han explicado el/los procedimiento(s) necesario(s) para tratar mi(s) condición/condiciones y entiendo la naturaleza de el/los procedimiento(s); será(n):

Colonoscopia /Anoscopia/Sigmoidoscopia flexible: la visualización del intestino grueso con un instrumento flexible de video o fibra óptica con posible extirpación de pólipo(s), posible biopsia o cauterización de tejido sospechoso y/o el control de sangrado, posible aplicación de tatuaje al intestino para marcar áreas sospechosas, posible ligadura, excisión y/o esclerosis de hemorroides.

Endoscopia superior: la visualización del esófago, estómago, y duodeno con un instrumento flexible de video o fibra óptica, extirpación de pólipo(s), biopsia o cauterización de tejido sospechoso, terapia de inyección o ligadura de pólipo(s) con banda elástica para controlar sangrado y dilatación (ensangramiento) de áreas estrechas.

Gastronomía endoscópica transabdominal (PEG): endoscopia superior e inserción de una sonda nasogástrica a través de la pared anterior del abdomen.

La eliminación/reemplazo del tubo de alimentación (PEG)

Paracentesis: Un trocar o aguja grande se inserta en la cavidad peritoneal bajo con anestesia local para extraer líquido ascítico.

Otro Procedimiento: _____

1. Consentimiento para fotografiar/grabar en video: entiendo que durante el/los procedimiento(s), se podrían tomar fotografías o grabaciones en video del procedimiento o de la muestra. Se conservarán como parte de los archivos medico confidenciales del establecimiento y/o del médico. Doy mi consentimiento para lo anteriormente dicho siempre y cuando se observe la confidencialidad.
2. Doy mi consentimiento para la administración de sedantes/anestesia, incluyendo anestesia local por o bajo indicación/supervisión del Dr. < Médico responsable >
3. Reconozco que durante el/los procedimiento(s), podrían surgir condiciones imprevista que necesitarían procedimientos adicionales o diferentes a los establecidos en el párrafo 1. Por lo tanto, autorizo y solicito que el médico mencionado, su(s) asistente(s) o designado(s) lleven a cabo dichos procedimientos según sea necesario conforme al criterio profesional. El permiso conferido bajo este párrafo 4 se extenderá para el tratamiento de todas las condiciones que requieran tratamiento y de las cuales el médico no tenga conocimiento al momento de comenzar el procedimiento. Si existe posibilidad que yo pueda estar embarazada, yo autorizo que se me haga una prueba de embarazo antes de mi procedimiento.
4. He sido informado/a acerca del/de lo(s) riesgo(s) y posibles consecuencias relacionadas con el/los procedimiento(s) descrito(s) en el párrafo 1. Estos incluyen: **perforación, reacciones adversas a los medicamentos y lesiones no detectadas.**
5. He sido informado/a de otro(s) riesgo(s) tales como pérdida considerable de sangre, infección, ataque cardíaco o respiratorio, etc. que pueden presentarse en cualquier procedimiento. Tengo conocimiento de que el ejercicio de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ofrecieron garantías con respecto al/a los resultado(s) del/de los procedimiento(s), y también, me han informado acerca de las alternativas.

6. He sido informado/a de que podría estar presente en la sala un consultante/estudiante de medicina o representante de una compañía médica durante el procedimiento.
7. Por la presente autorizo al Centro a disponer de los tejidos extraídos durante el/los procedimiento(s) conforme a las practicas establecidas.
8. Entiendo que no debo de conducir por veinticuatro (24) horas después de mi procedimiento. También entiendo que, en caso de paro cardíaco o respiratorio, los profesionales del Centro me darán el tratamiento necesario para preservar mi vida, hasta que yo pueda ser trasladado/a a un hospital; siendo a si mi previa directriz para tratamiento no sería valida, yo doy mi consentimiento para cualquier tratamiento que se estime necesario.
9. Yo doy mi consentimiento a que se me analize la sangre en caso de que algún empleado del Centro accidentalmente tenga contacto con mi sangre o secreciones de mi cuerpo. Los resultados de esta evaluación se mantendrán confidenciales como lo indica ley.
10. Yo doy mi consentimiento para que se revise mi expediente médico por aquel Doctor/a que este encargado/a de evaluar asuntos de atención médica.

Alternativas a la endoscopia gastrointestinal

A pesar de que la endoscopia gastrointestinal es una manera extremadamente segura y efectiva de examinar el tracto gastrointestinal, ningún examen brinda un diagnóstico 100% preciso. En un pequeño porcentaje de los casos puede ocurrir un diagnóstico errado o incorrecto. También se encuentran disponibles otros tipos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tales como el tratamiento médico, la radiología y la cirugía. Otra opción sería no elegir ningún estudio y/o tratamiento. Su médico conversará con usted sobre estas opciones.

PACIENTE / PERSONA AUTORIZADA

FECHA

FIRMA TESTIGO

FECHA

Por la presente certifico que los riesgos y beneficios del procedimiento / tratamiento propuesto, así como las alternativas han sido explicados al paciente o persona responsable por el paciente.

FIRMA: MEDICO

FECHA