

CONSENTIMIENTO PARA ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA GASTROINTESTINALES

PACIENTE: _____ FECHA: _____ HORA: _____

1. Yo doy autorización para que se me realice el siguiente procedimiento

Colonoscopia con posible biopsia y/o polypectomía que incluye la posibilidad de electrocauterización. El estudio consiste en la introducción de un instrumento largo y flexible a través del recto que permite visualizar las paredes de el intestino grueso con sedación moderada.

Endoscopia superior (EGD, por sus siglas en inglés) con posible biopsia. Este examen consiste en la introducción de un instrumento largo y flexible a través de la boca que permite visualizar el esófago, el estómago y el duodeno, con sedación moderada.

Sigmoidoscopia flexible con posible biopsia y/o polipectomía con la posibilidad de aplicar electrocauterización. Este estudio consiste en la introducción de un instrumento más corto y flexible a través del recto que permite visualizar las paredes del intestino grueso inferior con la posibilidad de aplicar sedación moderada.

Este/estos procedimiento(s) será(n) realizado(s) por el Dr. David Tenenbaum

Confirmo que el médico me ha informado lo siguiente:

- a. La naturaleza, el propósito y los posibles riesgos del/de los procedimiento(s), así como métodos alternativos de tratamiento. Los riesgos incluyen, a modo de ejemplo, sangrado, perforación del tubo digestivo y efectos secundarios de los medicamentos utilizados.
- b. Que la explicación que he recibido no es exhaustiva, y es posible que surjan otros riesgos más remotos.
- c. Que entiendo y no deseo ninguna explicación adicional.
- d. Que reconozco que nadie me ha garantizado ni asegurado los resultados que pueden obtenerse, lo que incluye la posibilidad de que no se detecten lesiones, como pólipos o tumores malignos.

2. Doy mi consentimiento para el uso de sedantes, según sea necesario y aconsejable para lograr una sedación moderada. Entiendo que la sedación moderada puede representar un cierto riesgo, aunque se administre cuidadosamente. Asimismo, entiendo que los pacientes no deben conducir, operar equipos ni tomar bebidas alcohólicas durante por lo menos 24 horas después de la administración de sedantes.

3. Doy mi consentimiento para la realización de procedimientos adicionales a los planificados o diferentes, ya sea que surjan o no de condiciones que en este momento no pueden preverse, que el médico y/o su colaborador mencionados anteriormente puedan considerar necesarios o aconsejables durante el procedimiento.

4. Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías durante el procedimiento a fin de que quede documentado en mi registro médico, y entiendo que estas fotografías podrán ser usadas por el médico o el colaborador para promover la formación médica. Entiendo que no se revelará mi identidad fuera de mi registro médico personal.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE ANESTESIA

1. Por la presente autorizó a Eastside Alliance Medical Associates (EAMA) a proporcionarme anestesia clínica.
2. EAMA me ha explicado y discutido la naturaleza y el propósito de la anestesia propuesta. Esto consiste en colocar un catéter en mi vena y administrarme un medicamento. Mis signos vitales serán monitoreados continuamente durante todo el procedimiento: presión arterial, electrocardiograma, saturación de oxígeno, respiración y pulso.
3. Doy mi consentimiento para la administración de anestesia intravenosa y la inhalación de oxígeno bajo la dirección y/o supervisión de EAMA.
4. EAMA ha explicado y discutido conmigo los puntos que se resumen a continuación:
 - A. Los riesgos de la anestesia antes, procedimiento y después del procedimiento incluyen, entre otros, inflamación de la vena, hematomas y/o decoloración en el lugar de la inyección, espasmos de los músculos de la cara, falta de coordinación, somnolencia, desmayos, alergias. reacciones, vómitos, náuseas, daño a los dientes de los tejidos orales, necrosis del tejido en el lugar de la inyección. daño cerebral. parálisis, paro cardíaco o muerte.
 - B. Los posibles resultados de la anestesia intravenosa son mantenerme sedado o dormido.
 - C. La EAMA ha explicado adecuadamente todas las alternativas viables a la administración de anestesia intravenosa.
 - D. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y | Reconoce que no se me han ofrecido garantías con respecto a los resultados del tratamiento y/o anestesia propuestos.
5. Certifico que no he consumido ningún alimento sólido desde la media noche y líquidos desde las ocho horas previas al momento del procedimiento.
6. He tenido tiempo suficiente para discutir opciones y riesgos con EAMA.
7. Todas mis preguntas han sido respondidas por EAMA.
8. Certifico que he leído y entiendo completamente la declaración de consentimiento anterior, que ha sido precedida por una explicación de mi anesthesiólogo y que la explicación a la que se hace referencia en ella me la proporcionó EAMA.
9. Doy mi consentimiento, consciente y voluntariamente, para la administración de anestesia intravenosa como se describe. En todo momento durante la lectura, explicación. y ejecución de este formulario, poseía todas mis facultades mentales y no estaba bajo la influencia del alcohol y/o medicamentos.
10. EAMA facturará a mi compañía de seguros cuando corresponda. Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a David Tenenbaum MD PC y reconozco y acepto la responsabilidad financiera total por el saldo de mi cuenta. EAMA cumplirá con todas las regulaciones de los planes de seguro participantes..

Firma del paciente/tutor autorizado: _____

Testigo: _____

Proveedor de anestesia: _____