

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 polipectomía 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 Tenembaum

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: _____