 Gastroenterología y Endoscopia Digestiva	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Página: 1
	Código: MM-FOR-DM-03	Versión: 0
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS	Fecha: 27/01/2017

Fecha del procedimiento _____ Hora del procedimiento _____ Sede _____
Paciente _____ Documento de Identificación _____ Teléfono _____
Acompañante _____ Documento de Identificación _____ Teléfono _____

Por medio del presente documento, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al doctor _____ de la Unidad de Gastroenterología ENDOCOUNTRY, para que con el concurso de los demás profesionales de la salud que se requieran y él acepte, así como con la ayuda del personal auxiliar de servicios asistenciales de la Unidad que señale para tales efectos, se me practique el procedimiento de _____, con o sin sedación o anestesia general.

El especialista arriba consignado me ha explicado la naturaleza y propósito del (los) procedimiento(s) y también me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, posibles alternativas y riesgos, en particular los siguientes:

Ventajas

Aclarar el origen de los síntomas.

Molestias


Usualmente no hay dolor pero sí molestias faríngeas, náuseas y eructos; puede presentarse dolor durante la práctica de dilataciones.

Riesgos y complicaciones

Entre otros existe el riesgo de perforación o hemorragia del tubo digestivo con necesidad de tratamiento quirúrgico abierto, imprevistos cardiovasculares y/o pulmonares que podrían llevar a depresión cardiorespiratoria, alergia a medicamentos, broncoaspiración, riesgo de infección, posibilidad de que se pase por alto una lesión patológica. Además existen riesgos inherentes al paciente por problemas de coagulación o uso de anticoagulación, hipertensión arterial no controlada, infartos cardiacos recientes, enfermedades pulmonares o mentales u otras enfermedades por lo cual siempre; se debe informar de estas circunstancias al médico endoscopista.

Nota: aquellos pacientes que acudan para Extracción de Cuerpo Extraño pueden venir con el esófago ya perforado o se puede producir una perforación durante su extracción. Las dilataciones con bugías o balón también conllevan al riesgo de perforación.

El especialista arriba consignado queda autorizado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los arriba ya autorizado, si en el curso del (los) procedimiento(s) llegará a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a su criterio, los haga aconsejables.

 Gastroenterología y Endoscopia Digestiva	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Página: 2
	Código: MM-FOR-DM-03	Versión: 0
	Título: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS	Fecha: 27/01/2017

Entiendo que la obtención de muestras (biopsias) es un procedimiento necesario, y acepto que dichas muestras sean obtenidas de acuerdo al criterio médico. La Clínica del Country queda autorizada para ordenar la disposición final de estas.

Declaro que he entendido la información suministrada por el especialista de la Unidad de Gastroenterología ENDOCOUNTRY, con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva(n) el (los) procedimiento(s) que requiero. Y que la práctica del(los) mismo(s), compromete(n) una actividad médica de medio, no de resultado.

La NO realización del anterior procedimiento endoscópico, propuesto por el médico tratante o el médico endoscopista, debido a la NO autorización por el paciente, representante legal o acompañante, exime al profesional de las implicaciones pronosticas que pueda tener para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en estudio

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Consentimiento

_____	_____	_____
Firma del Paciente o su Representante	Firma del Medico Endoscopista	Firma del Testigo
CC.	RM.	CC.

Denegación o Revocación

He decidido NO autorizar la realización del procedimiento propuesto, o Revocar el consentimiento arriba firmado.

_____	_____	_____
Firma del Paciente o su Representante	Firma del Medico Endoscopista	Firma del Testigo
CC.	RM.	CC.