



Una Elección Saludable

FECHA _____

NOMBRE _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

COLONOSCOPIA: procedimiento invasivo utilizado para valorar la totalidad del colon por medio de un equipo flexible que tiene en su punta una microcámara que transmite las imágenes a un monitor. Es decir, que se necesita introducir este objeto (colonoscopio) en su tracto digestivo inferior y en ocasiones se requiere tomar fragmentos de tejido (biopsia), con el fin de estudiarlos en un laboratorio de patología.

1. Los posibles riesgos durante la colonoscopia son: perforación intestinal, hemorragia, dolor abdominal, reacciones medicamentosas y las derivadas de la sedación (alteraciones cardiopulmonares, de la tensión arterial y del nivel de oxígeno). En ocasiones será necesario un tratamiento quirúrgico para su resolución y de forma excepcional, se puede producir mortalidad.
2. Si no acepta realizarse el procedimiento, por favor explique la razón:

3. Declaro que se me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho todos los riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas y tratamientos. Además, me han explicado las complicaciones y efectos adversos de la anestesia que me van a suministrar.
4. Siendo consciente de lo que el médico me acaba de informar y conociendo los riesgos, acepto y doy consentimiento para que se me realice el procedimiento arriba descrito y los procedimientos complementarios que fueran convenientes o necesarios durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
5. Doy mi consentimiento para que me suministren la anestesia arriba señalada y las medidas complementarias que se estimen pertinentes.

Firma del Paciente

Testigo

Tutor legal o familiar _____ C.C. _____

Sé que el paciente ha sido por ahora declarado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento arriba descrito. El médico especialista me ha explicado en qué consiste, para qué sirve, los cuidados y resultados del mismo. He comprendido perfectamente lo anterior y por eso doy mi consentimiento para que el doctor (a) arriba mencionado realice el procedimiento. Puedo revocar esta autorización cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma Familiar _____ Parentesco _____

Testigo _____