



Una Elección Saludable

FECHA _____

NOMBRE _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENDOSCOPIA

ENDOSCOPIA DIGESTIVA SUPERIOR: procedimiento utilizado para la exploración endoscópica del tracto digestivo superior (boca, esófago, estómago hasta la tercera porción del duodeno) por medio de un equipo flexible que tiene en su punta una microcámara que transmite imágenes a un monitor. Es decir, que se necesita introducir este objeto (endoscopio) en su tracto digestivo superior 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 endoscopia son: perforación intestinal, hemorragia, roturas dentales, mordedura de lengua, luxaciones mandibulares, afonía, 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. 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 éste, 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 _____