



Patient Information:

Name: _____

Date of Birth: _____

MRN#: _____

CONSENTIMIENTO ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

Consentimiento Informado Endoscopia Gastrointestinal

Explicación del Procedimiento

La visualización directa del tracto digestivo con instrumentos con luz se denomina endoscopia gastrointestinal. Su médico le ha recomendado que se haga este tipo de prueba. La siguiente información es proporcionada a fin de ayudarle a entender las razones por las que se realizan estos procedimientos y sus posibles riesgos. En el momento de su prueba, el revestimiento del tracto digestivo será inspeccionado y fotografiado. Si se observa o se sospecha una anomalía, se puede extirpar una pequeña porción de tejido (biopsia) o el revestimiento puede ser cepillado. Estas muestras son enviadas para un análisis de laboratorio a fin de determinar si existen células anormales. Los pequeños bultos (pólipos), si se ven, pueden ser eliminados. Se puede administrar un aerosol o inyección de colorante para resaltar o demarcar áreas anormales. Se pueden emplear varios métodos para controlar el sangrado, si se encuentra. La dilatación (estiramiento) podría ser necesaria para abrir la contracción del tracto digestivo. Para mantenerlo(a) cómodo(a) durante el procedimiento, un anesthesiólogo le administrará anestesia controlada con medicamentos para su comodidad y sedación.

Breve Descripción de los Procedimientos Endoscópicos

1. Endoscopia (EGD o Esofagogastroduodenoscopia) / Enteroscopia: examen del esófago, estómago y/o intestino delgado con un video/telescopio flexible, extirpación de pólipo(s), biopsia o cauterización de cualquier tejido sospechoso, terapia de inyección, cauterización, ligadura con banda elástica para controlar cualquier lugar de sangrado, posible marcado del intestino para reubicación de los lugares sospechosos y dilatación (estiramiento) de las áreas estrechas.
2. Sigmoidoscopia Flexible/Colonoscopia: Examen del intestino grueso con la posible eliminación de pólipo(s), posible biopsia o cauterización de cualquier tejido sospechoso, y/o control de cualquier lugar de sangrado, posible marcado del intestino para reubicar lugares sospechosos, posible dilatación de las áreas estrechas y posible ligadura, escisión y/o esclerosis de hemorroides.

Principales Riesgos y Complicaciones de la Endoscopia Gastrointestinal

La endoscopia gastrointestinal es generalmente un procedimiento de bajo riesgo. Su médico ha discutido/discutirá su frecuencia con usted, con particular referencia a sus propias indicaciones para la endoscopia gastrointestinal. USTED DEBE PREGUNTAR A SU MÉDICO SI TIENE ALGUNA DUDA QUE NO HA SIDO ACLARADA CON RESPECTO A SU PRUEBA. Los riesgos incluyen (entre otros):

1. Perforación: El paso del instrumento puede ocasionar una lesión en la pared del tracto gastrointestinal con un posible derrame de contenido gastrointestinal en la cavidad corporal. Si esto ocurre, puede ser necesario realizar una cirugía para cerrar el derrame y/o drenar el área, y/o puede ser necesario realizar una colostomía.
2. Sangrado: El sangrado (agudo o tardío), si ocurre, suele ser una complicación de la biopsia, la polipectomía o la dilatación. El tratamiento de esta complicación consistiría en: control del sangrado, observación cuidadosa, repetir la endoscopia para detener el sangrado, o posiblemente una intervención quirúrgica y/o transfusión



Liberty Endoscopy

CONSENTIMIENTO ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL, Con.....

de sangre.

3. Flebitis por Medicación: Los medicamentos usados para la sedación pueden irritar la vena en la cual estos son inyectados. Esto provoca una hinchazón roja y dolorosa de la vena y en el tejido circundante.
4. Otros Riesgos: Incluyen las reacciones a medicamentos, complicaciones por otras enfermedades que usted ya tiene (es decir, colitis o diverticulitis), no pudiendo completar la prueba, y existiendo la posibilidad de pasar por alto un pólipo o cáncer de colon. El fallo de un instrumento y la muerte son extremadamente raros, pero siguen siendo posibilidades remotas. DEBE INFORMAR A SU MÉDICO DE TODAS SUS TENDENCIAS ALÉRGICAS Y PROBLEMAS MÉDICOS.

Alternativas a la Endoscopia Gastrointestinal

Aunque la endoscopia gastrointestinal es un medio extremadamente seguro y eficaz para examinar el tracto gastrointestinal, no proporciona un diagnóstico 100% preciso. En un pequeño porcentaje de casos, puede ocurrir un error en el diagnóstico o un diagnóstico erróneo. Otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos, tales como la colonoscopia virtual, el tratamiento médico, los rayos X y la cirugía están disponibles. Otra opción es elegir pruebas y/o tratamientos no diagnósticos. Su médico estará encantado de discutir estas opciones con usted.

Habiendo leído, recibido y comprendiendo completamente la información anterior de mi(s) médico(s),

Por medio del presente documento autorizo el(los) siguiente(s) procedimiento(s). _____

1. He recibido y entiendo completamente la información concerniente a: (a) la naturaleza y propósitos del Procedimiento propuesto y la atención médica relacionada, el tratamiento, servicios, medicamentos e intervenciones relacionados; (b) las alternativas al(los) Procedimiento(s), así como los riesgos y beneficios relevantes de dicho(s) procedimiento(s) alternativo(s); (c) el resultado clínico si elijo no someterme al(a los) Procedimiento(s) propuesto(s); (d) los beneficios potenciales y los posibles riesgos, efectos secundarios y complicaciones asociados con el(los) Procedimiento(s), incluidos los beneficios y riesgos asociados con la administración de anestesia (si fuera requerida) y los problemas potenciales que pudieran presentarse durante la recuperación; y (e) la posibilidad de lograr los objetivos de atención, tratamiento y servicio. Asimismo, he tenido la oportunidad de formular preguntas.
2. Entiendo que el Aviso de Privacidad del Centro describe cualquier limitación en la confidencialidad de la información de mi paciente.
3. Entiendo que las personas enumeradas a continuación son los únicos médicos que se prevé razonablemente que participarán activamente en el Procedimiento antes mencionado.
4. Entiendo que, debido a la sedación, el día del procedimiento no puedo conducir ni operar maquinaria, tomar decisiones importantes, firmar documentos legales o consumir bebidas alcohólicas.
5. Entiendo que pueden ser reveladas condiciones impredecibles que podrían requerir un cambio o una ampliación del (de los) procedimiento(s) original(es) o un procedimiento(s) diferente(s) a el(los) ya explicados. Por lo tanto, autorizo y solicito que el médico nombrado a continuación y sus asistentes o designados puedan llevar a cabo dichos procedimientos de la forma que sea necesaria y deseable de acuerdo a su criterio profesional.
6. Autorizo el uso de servicios de patología y radiología, incluyendo la extracción de sangre para pruebas de hepatitis/VIH en caso de una exposición accidental.
7. Autorizo que el tratamiento o procedimiento sea fotografiado, filmado o grabado en video para fines de diagnóstico, documentación o uso educativo. Entiendo que mi identidad será protegida y no revelada.
8. Estoy de acuerdo en que cualquier órgano o tejido extirpado quirúrgicamente pueda ser examinado y



Liberty Endoscopy

CONSENTIMIENTO ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL, Con.....

retenido con fines médicos, científicos o educativos, y que dichos tejidos u órganos pueden ser eliminados de acuerdo con las prácticas habituales.

9. Doy mi consentimiento a la presencia de otra persona con el único propósito de observación y / o educación. Entiendo que esta (s) persona (s) no participarán en el procedimiento.
10. Soy consciente de que la medicina y la cirugía no son una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha garantizado el resultado de este procedimiento.
11. Por la presente, autorizo y permito que el médico que se detalla a continuación y a quien designe como su Asistente / Compañero, realice el procedimiento (s) mencionado anteriormente.

Firma del Paciente: _____ **Nombre en Letra Imprenta:** _____

Representante Legalmente Autorizado: _____

Relación con el Paciente: _____

Fecha: _____ **Hora:** _____

Testigo Solamente de la Firma: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Firma del Médico: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____