

Consentimiento informado

Colonoscopia

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

La Colonoscopia se realiza con fines diagnósticos y/o terapéuticos; tiene por finalidad detectar o descartar patologías estructurales que afectan al colon y que pueden ser la causa de las molestias por la cual se le ha solicitado este estudio.

Se realiza con sedación endovenosa, los medicamentos utilizados en la sedación son administrados por la enfermera de endoscopia, y cuando es requerido, por un médico anesthesiologo, con un costo adicional.

En el curso de su examen, pueden existir hallazgos como pólipos, estrecheces, cuerpos extraños, úlceras, zonas de mucosa alterada, mucosa inflamada y zonas de sangrado, que sean susceptibles de ser corregidos parcial o totalmente en el mismo procedimiento o que pueden ser estudiados a través de una biopsia.

Cuando se toman muestras para biopsia estas son procesadas en los laboratorios de anatomía patológica externos y acreditados en Clínica Reñaca, situación que implica un costo adicional para el paciente.

Los procedimientos terapéuticos que se podrían realizar son: polipectomía, mucosectomía, dilataciones, extracción de cuerpos extraños y/o hemostasia de puntos sangrantes; procedimientos cuyos costos no están incluidos en el derecho de pabellón de un procedimiento diagnóstico.

Todos los procedimientos endoscópicos, especialmente los terapéuticos, tienen posibilidad de presentar complicaciones: perforaciones intestinales, hemorragias y/o complicaciones derivadas de los medicamentos usados. Estas complicaciones son infrecuentes, pero ocasionalmente pueden ser graves y requerir de operaciones de urgencia o incluso ser causa de mortalidad.

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: