

Consentimiento informado para el procedimiento

Es muy importante que comprenda y dé su consentimiento al tratamiento que le está proporcionando su médico y a cualquier procedimiento que pueda realizar. Debe participar en todas las decisiones relacionadas con los procedimientos quirúrgicos que le haya recomendado su médico. Firme este formulario solo después de comprender el procedimiento, los beneficios anticipados, los riesgos, las alternativas, los riesgos asociados con las alternativas y de que todas sus preguntas hayan sido respondidas.

Por la presente autorizo al médico, _____, a cualquier asociado o asistente que consideren apropiado ("Proveedores"), a realizar el siguiente procedimiento: _____.

Colonoscopia: Con posible biopsia o polipsectomía, dilatación, extracción de un cuerpo extraño y control de la hemorragia.

Acerca del procedimiento: Este procedimiento implica un examen del revestimiento del colon, el recto y posiblemente el íleon terminal del intestino delgado. El procedimiento utiliza un tubo largo y flexible con una luz de fibra óptica y una cámara en el extremo para la visualización. Si es necesario, el médico tomará pequeñas biopsias (muestras de tejido), controlará el sangrado, realizará dilataciones o extirpará los pólipos. Los pólipos son tumores (crecimientos) del intestino que pueden ser benignos, precancerosos o cancerosos.

Sigmoidoscopia flexible: Con posible biopsia o polipsectomía, dilatación, extracción de un cuerpo extraño y control de la hemorragia.

Acerca del procedimiento: Este procedimiento implica un examen del revestimiento interno de la parte inferior del intestino grueso. El procedimiento se realiza para examinar la superficie interna y el revestimiento del recto y de la parte inferior del colon. El procedimiento utiliza un tubo largo y flexible con una luz de fibra óptica y una cámara en el extremo para la visualización. Si es necesario, los proveedores tomarán pequeñas biopsias (muestras de tejido), controlarán el sangrado, realizarán dilataciones o extirparán los pólipos. Los pólipos son tumores del intestino que pueden ser benignos, precancerosos o cancerosos.

Endoscopia del reservorio ileal: Con posible biopsia o polipsectomía, dilatación, extracción de un cuerpo extraño y control de la hemorragia.

Acerca del procedimiento: Este procedimiento implica un examen del reservorio ileal que previamente se creó quirúrgicamente para que sirva como depósito de heces después de la extracción del intestino grueso. El procedimiento utiliza un tubo largo y flexible con una luz de fibra óptica y una cámara en el extremo para la visualización. Si es necesario, el médico tomará pequeñas biopsias (muestras de tejido), controlará el sangrado, realizará dilataciones o extirpará los pólipos. Los pólipos son tumores (crecimientos) del intestino que pueden ser benignos, precancerosos o cancerosos.

Esofagogastroduodenoscopia (EGD): Con posible biopsia o polipsectomía, dilatación, extracción de un cuerpo extraño y control de la hemorragia.

Acerca del procedimiento: Este procedimiento implica un examen del esófago, el estómago y el duodeno (la primera parte del intestino delgado). El procedimiento utiliza un tubo largo y flexible con una luz de fibra óptica y una cámara en el extremo para la visualización. Si es necesario, el médico tomará pequeñas biopsias (muestras de tejido), tratará los vasos que

sangren, realizará dilataciones o extirpará los pólipos. Los pólipos son tumores (crecimientos) que pueden ser benignos, precancerosos o cancerosos.

Mi médico me ha explicado la naturaleza y el propósito del procedimiento que se realizará. Comprendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha ofrecido ninguna garantía con respecto a los resultados de este procedimiento. Además, autorizo la realización de cualquier otro procedimiento que, a juicio de mi médico u otros proveedores de atención médica que participan en el procedimiento, consideren necesario para mi bienestar, incluidas las intervenciones que se consideren médicamente recomendables para remediar las afecciones descubiertas durante el procedimiento.

Riesgos: Comprendo que cualquier cirugía o procedimiento conlleva riesgos, y es imposible que el médico me informe de todas las posibles complicaciones. El médico me ha explicado que existen riesgos y posibles consecuencias indeseables asociadas con este procedimiento que pueden ocurrir durante el procedimiento o después, **que incluyen, entre otros, los siguientes:**

<ul style="list-style-type: none">• Dolor y molestias abdominales• Náuseas o vómitos• Desmayos o mareos• Dolor de cabeza• Hemorragia en el sitio de una biopsia o extracción de pólipos• Infección• Hematomas, hinchazón o infección en el sitio intravenoso• Lesión nerviosa relacionada con un catéter intravenoso• Fallo del diagnóstico o diagnóstico erróneo• Daños en los dientes o la mandíbula	<ul style="list-style-type: none">• Perforación del esófago, el estómago o el intestino• Perforación o desgarro de la pared intestinal/rectal, aproximadamente un 0,3 %• Daños o lesiones en los órganos internos, incluido el bazo• No poder examinar todo el intestino• Pólipos, crecimiento o enfermedad intestinal no detectados• Aspiración• Reacción adversa a los fármacos• Complicaciones cardíacas o respiratorias• Accidente cerebrovascular o muerte
---	---

Información adicional:

Profesionales independientes: Entiendo y acepto que todos los profesionales que me prestan servicios en el centro, incluidos mi médico, los proveedores de anestesia, el patólogo y demás son profesionales independientes que ejercen su criterio clínico independiente. No son empleados ni representantes (agentes) del centro quirúrgico.

En caso de que mi médico, el proveedor de anestesia, el personal u otro paciente esté expuesto a mi sangre, fluidos corporales u otros materiales contaminados, acepto permitir pruebas que determinen la presencia de VIH o hepatitis. Un laboratorio acreditado, sin costo alguno para mí, realizará todas las pruebas de laboratorio requeridas.

Doy mi consentimiento para fotografiar y publicar, con fines médicos, científicos o educativos, el procedimiento que se va a realizar, cuyas fotografías pueden incluir partes apropiadas de mi cuerpo, siempre que las imágenes o el contexto descriptivo que las acompañe no revelen mi identidad. Se concede permiso para que un representante del fabricante, para recibir asistencia técnica, o un estudiante, para recibir educación continua, asistan a mi cirugía o procedimiento si se presenta la situación.

Autorizo la eliminación, el uso, la retención o la donación de todos los tejidos, materiales y sustancias que normalmente se eliminarían durante el procedimiento. Doy mi consentimiento para el uso de estas muestras recolectadas como parte de mi tratamiento clínico para promover la educación o la investigación médica.

Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el procedimiento planificado o para que se modifique el plan según se considere necesario o aconsejable. Por el presente certifico que leí este formulario de consentimiento (o que me lo leyeron) y que mi médico me lo explicó de forma completa. He revisado y comprendido los riesgos, los beneficios y las alternativas del procedimiento planificado. Entre las alternativas disponibles al procedimiento se incluyen las siguientes:

Alternativas al procedimiento: Estas alternativas *pueden incluir, entre otras*, no someterse al procedimiento, un enema de bario con contraste, una tomografía computarizada y una prueba de materia fecal.

Riesgos de las alternativas: Comprendo que los riesgos potenciales asociados con las alternativas *incluyen, entre otros, los siguientes:* falta de alivio o empeoramiento de los síntomas, información diagnóstica incompleta (las radiografías solo proporcionan imágenes de la forma del intestino y no permiten tomar muestras de tejido ni extraer pólipos), enfermedad no detectada, retraso en el diagnóstico, infección y perforación.

He revisado y comprendo los riesgos comparativos, los beneficios y las alternativas asociados con la realización del procedimiento en un entorno de cirugía ambulatoria en lugar de en un hospital. Debido a que el procedimiento se realiza en un entorno ambulatorio, entiendo que mis médicos pueden decidir trasladarme en una ambulancia al hospital más cercano en caso de que surja una posible complicación.

<u>Certificación del paciente:</u>	<u>Certificación del médico:</u>
<p>Al firmar a continuación, certifico que he tenido la oportunidad de hacerle al médico todas mis preguntas sobre los beneficios previstos, los riesgos materiales, los efectos secundarios, las terapias alternativas y los riesgos de esas alternativas, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Reconozco que se me han explicado completamente los riesgos, beneficios y alternativas comparativos asociados con la realización de este procedimiento en un centro quirúrgico ambulatorio en lugar de en un hospital.</p>	<p>Por la presente certifico que he hablado con la persona que otorga el consentimiento sobre los beneficios anticipados, los riesgos materiales, las terapias alternativas y los riesgos asociados con las alternativas, que se describen en este consentimiento.</p>
<p>_____ Firma del paciente o persona autorizada</p> <p>_____ Fecha</p> <p>_____ Hora</p>	<p>_____ Firma del médico</p> <p>_____ Fecha</p> <p>_____ Hora</p>
<p>_____ (si no hay etiqueta impresa) Nombre en letra de imprenta de la persona autorizada</p> <p><u>Cargo de la persona autorizada:</u> <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Apoderado/Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	

- ☐ El paciente/representante autorizado ha leído este formulario o se lo han leído.
- ☐ El paciente/representante autorizado declara que entiende esta información.
- ☐ El paciente/representante autorizado no tiene más preguntas.

Fecha	Hora	Firma del testigo	Nombre en letra de imprenta del testigo
-------	------	-------------------	---

USO DE INTÉRPRETE O ASISTENCIA ESPECIAL

Se ha utilizado un intérprete o asistencia especial (indicada a continuación) para ayudar al paciente/representante autorizado a comprender y completar este formulario de consentimiento.

<input type="checkbox"/> Idioma (especificar): _____ <input type="checkbox"/> Lengua de señas <input type="checkbox"/> El paciente tiene una discapacidad visual y el formulario se leyó al paciente/representante autorizado <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____	 _____ Nombre en letra de imprenta de la persona que brinda asistencia _____ Cargo o relación con el paciente _____ Firma _____ Fecha
--	---