

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENDOSCOPIA

El(los) Doctor (Doctores): _____
 ha hablado conmigo acerca de mi problema de salud y me ha explicado en términos simples y fáciles de entender el (los) siguiente(s) _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia Flexible. Posible Biopsia. Posible Polipectomía
<input type="checkbox"/> Colonoscopia con Posible Biopsia y Polipectomía, Coagulación por Sonda de Calor y/o Escleroterapia de Sitios de Sangrado
<input type="checkbox"/> Esofagogastroduodenoscopia Con Posible Biopsia, Polipectomía, Dilatación Esofágica y Pílorica, Sonda de Calor y/o Escleroterapia de Sitios de Sangrado
<input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica Con Posible Extracción de Cálculos, Papilotomía, Instalación de Stent, Biopsia y Polipectomía, Inserción de Tubo Nasobiliar.
<input type="checkbox"/> Gastrotomía Endoscópica Percutánea (PEG)
<input type="checkbox"/> Dilatación Esofagal <input type="checkbox"/> Enteroscopia <input type="checkbox"/> Broncoscopia
<input type="checkbox"/> Endoscopia Nasal <input type="checkbox"/> Laringoscopia <input type="checkbox"/> Cambio de Tubo PEG |
|---|---|

1. Me han informado plenamente y entiendo los beneficios potenciales, riesgos y efectos secundarios de esta atención y también la probabilidad de lograr los objetivos relacionados con este procedimiento. Me han explicado todos los problemas potenciales que podrían ocurrir durante la recuperación. También me han informado las alternativas razonables y el riesgo de no recibir este procedimiento.
2. Mi médico me ha informado plenamente y entiendo los riesgos y la posibilidad de complicaciones y las alternativas médicas aceptables al procedimiento descrito arriba y entiendo que puedo rehusarme a someterme a tales procedimientos. Estos riesgos y complicaciones incluyen:
 - * Neumotórax o pulmón colapsado, émbolo aéreo
 - * Posible irritación, inflamación o flebitis en el lugar intravenoso (IV).
 - * Lesiones en el tracto digestivo causadas por el instrumento, que podrían resultar en perforación de la pared intestinal con filtración de líquidos intestinales hacia las cavidades del cuerpo. Si esto sucede, podría ser necesario llevar a cabo cirugía para clausurar el escape y/o drenar la region afectada.
 - * Los casos de Hemorragia, si llegan a ocurrir, surgen por lo general como consecuencia de biopsia, polipectomía o dilatación. El control de esta complicación consistiría en sólo una observación cuidadosa, o podría requerir una transfusión de sangre, o posiblemente una operación quirúrgica para controlarla.
 Otros riesgos incluyen reacciones a los fármacos y complicaciones por otras enfermedades asociadas que pudiera tener, tales como apoplejía o ataque cardíaco. Deberá informar a su médico todas sus tendencias alérgicas y problemas médicos. Todas estas complicaciones son posibles, pero ocurren con una frecuencia muy baja. Cualquiera de las complicaciones podría conducir a la muerte.
3. Comprendo los riesgos y doy mi consentimiento a la administración o transfusión de sangre o componentes sanguíneos a mi persona durante el procedimiento y/o el tratamiento respectivo toda vez que se considere por los médicos que me atienden, sin que haya garantías acerca de tal sangre o componentes sanguíneos.
4. Si cualquier condición imprevista se presentara mientras se lleva a cabo el procedimiento, autorizo por la presente y solicito que el médico o cirujano y sus asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de servicios de salud adopten las medidas necesarias para llevar a cabo los procedimientos que consideren necesarios, los cuales podrían hacerse además o ser diferentes de aquellos planificados y que se han discutido conmigo.
5. Doy mi consentimiento a el o los procedimientos propuestos por los médicos indicados anteriormente y su(s) asociados. Doy mi consentimiento para que las autoridades hospitalarias desechen cualquier tejido o partes que sean removidos en conexión con el procedimiento o procedimientos. Los tejidos y órganos que ya no sean necesarios para diagnóstico, podrían ser utilizados y ó fotografiados para propósitos educacionales en el JFK Medical Center y sus centros de enseñanza o para publicación en artículos relacionados con investigación médica para el aprendizaje y enseñanza de la medicina.
6. Autorizo a que se tomen fotografías o grabaciones durante el curso de este procedimiento a los efectos de realizar la educación médica, según lo autorice mi médico ó médicos y a que se permita el ingreso de observadores idóneos a la sala donde se lleva a cabo el procedimiento, según lo determine el hospital.
7. Soy consciente y reconozco que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que no se me han formulado garantías o seguridades con respecto a los resultados esperados.

He leído y entendido todo lo indicado anteriormente. He tenido la oportunidad de formular preguntas concernientes al procedimiento planeado y estas preguntas me han sido respondidas satisfactoriamente

Firma del paciente _____	Nombre en imprenta _____	Fecha _____ / Hora _____
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si el paciente no tiene las facultades para dar su consentimiento o es menor de edad, completar lo siguiente:

El paciente no tiene las facultades para dar su consentimiento debido a: _____

Firma del representante _____	Nombre en imprenta _____	Fecha _____ / Hora _____
-------------------------------	--------------------------	--------------------------

Relación con el pacientep _____

Testigo (Firma y el título) _____	Nombre en imprenta _____	Fecha _____ / Hora _____
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO:

Nombre de Médico o Cirujano: _____

Certifico por la presente que el paciente o la persona autorizada para representarle:

1. Ha sido plenamente informado por mí o por mis médicos asociados, en términos legos que el paciente comprende fácilmente, la naturaleza del procedimiento o procedimientos, la o las alternativas al tratamiento que sean médicamente
2. aceptables, incluyendo negativa al tratamiento y las consecuencias y riesgos asociados con el o los procedimientos; y 2. Ha autorizado a que se lleve(n) a cabo el o los procedimientos.

Physician's Signature (firma del médico) _____	Print Name (Nombre en imprenta) _____	Date (fecha) _____ / Time (hora) _____
--	---------------------------------------	--

CONSENT FOR ENDOSCOPIC PROCEDURES



Patient Identification/Label