

Fecha  Aseguradora   
Por la presente autorizo al Doctor   
y a los asistentes en GASTROMEDICALL LTDA. a realizar el procedimiento de Esofagogastroduodenoscopia en mi o en el (la) paciente  
Nombre paciente  Con ID

### Consentimiento para el Procedimiento de Esofagogastroduodenoscopia

1. La esofagogastroduodenoscopia es un procedimiento solicitado por el médico tratante para el estudio del esófago, estómago y el primer segmento del intestino (duodeno). Se asocia a náusea, malestar en la garganta, estómago inflado y ansiedad.
2. El procedimiento consiste en introducir un tubo flexible (endoscopio) por la boca, conectado a un sistema de video que permite ver internamente la vía digestiva alta investigando enfermedades que expliquen los síntomas o quejas en el estudio, por ejemplo, ardor epigástrico, náusea, inflamación, úlceras, tumores, obstrucciones, entre otros.
3. Requiere de un ayuno mínimo de 6 horas y la aplicación de un anestésico local en la faringe. Usted debe informar si tiene alergia a la lidocaína, espasmo laríngeo, convulsiones, miastenia gravis o esclerosis múltiple. Se puede realizar en personas que tengan otras enfermedades controladas como hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón y pulmones, entre otras, tomando las debidas medicaciones y precauciones pertinentes.
4. Durante el procedimiento se presenta con poca frecuencia riesgos de complicación como perforación, hemorragia, y otras inherentes al procedimiento que pueden requerir un tratamiento quirúrgico abierto en casos excepcionales. Por favor estar atento a las instrucciones durante el procedimiento, y si sufre de ansiedad, no intente retirar el equipo bruscamente porque aumenta el riesgo de complicaciones.
5. La sedación para el procedimiento es electiva debido a que es un estudio que puede generar ansiedad en algunos pacientes. Para ello se utilizan medicamentos vía intravenosa durante el procedimiento como sedantes y antiespasmódicos, que pueden ocasionar reacciones cardiovasculares y/o pulmonares que podrían llevar a depresión cardiorespiratoria y alergia a los medicamentos. En la sala de procedimientos se cuenta con todo el equipo de reanimación y personal entrenado para cualquier imprevisto.
6. El Doctor queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas médicas distintas de las ya mencionadas si en el curso del procedimiento se presenta una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratante las haga necesarias, caso en el cual podrían realizarse en los términos previstos.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

He sido advertido que en este documento se contiene el consentimiento informado ordenado legalmente en las normas, pero que este no corresponde a una exoneración del médico tratante por un actuar indebido o ilícito. El conocimiento de los riesgos propios de la intervención o procedimiento me permite aceptarlos en forma consciente, en el entendido que se persigue el beneficio del restablecimiento de mi salud o de mi calidad de vida, sin que se pueda asegurar los resultados.

Firma paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_ Aseguradora \_\_\_\_\_  
CC \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y alternativas del procedimiento señalado y que he contestado todas las preguntas que el paciente y/o su familia me han formulado.

Firma médico especialista

\_\_\_\_\_  
RM \_\_\_\_\_