

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

Consentimiento para el Procedimiento Rectosigmoidoscopia

1. La rectosigmoidoscopia es un procedimiento que ha solicitado el médico tratante para el estudio del recto y de la parte distal del colon.
2. El procedimiento se realiza al introducir un tubo flexible (colonoscopio) por vía rectal, conectado a un sistema de video que permite ver internamente el recto y la parte distal de colon investigando enfermedades que expliquen los síntomas o quejas en estudio como por ejemplo, sangrado, pérdida de peso, inflamación, divertículos, tumores, entre otros.
3. Requiere de una preparación especial con dieta líquida abundante y laxante para limpiar el colon. 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. Es un procedimiento que puede generar ansiedad en el paciente, a veces dolor y sensación de abdomen inflado por que se introduce aire para favorecer la visualización.
5. Es un estudio que puede generar ansiedad en el paciente, a veces dolor y sensación de abdomen inflado porque se introduce aire para favorecer la visualización por lo cual 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. Este estudio tiene alternativa los estudios radiológicos del colon y el abdomen.
6. El Doctor queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas médicas distintas de las ya mencionadas si durante el procedimiento se presenta una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico tratan te 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 _____