

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

### Consentimiento para el Procedimiento Videocápsula Endoscópica

1. La cápsula endoscópica es un dispositivo de reducidas dimensiones, la cual una vez ingerida por vía oral, permite la obtención de imágenes del tubo digestivo durante su recorrido a través del mismo.
2. La cápsula toma dos fotos por segundo que son enviadas a una videogradora que el paciente lleva en la cintura.
3. El procedimiento es ambulatorio y sin sedación.
4. Requiere de un ayuno mínimo de 12 horas y una preparación especial que me fue entregada en el momento de agendar mi cita.
5. He informado a mi médico los medicamentos que estoy recibiendo.
6. Es un procedimiento seguro, sin embargo esta descrita como complicación la retención de la cápsula, en este caso se requiere extracción por cirugía o enteroscopia.
7. Se me explicó que una vez terminado el estudio se recomienda que el paciente esté atento a la expulsión de la cápsula y si hay dudas se debe tomar una radiografía de abdomen una semana después del examen.
8. 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

\_\_\_\_\_

 Anticoagulantes, antiagregantes, alergias.

 Riesgo de caída.