

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

Consentimiento para el Procedimiento Retiro de Balón Intragástrico

1. El retiro de balón intragástrico se realiza vía endoscópica una vez el profesional tratante lo ordene. Consiste en introducir el endoscopio a través de la boca , se revisan entonces las condiciones del estomago y del balón, se procede a colocar un catéter con aguja especial para desinflar el balón , aspirando el liquido. Una vez el balón este totalmente vacio se introduce un pinza para atrapar el balón y retirarlo por la boca.
2. **Requiere dieta clara 24 horas antes del retiro, un ayuno mínimo de 8 horas** y una preparación especial que le fue entregada en el momento de agendar su cita y cuyo seguimiento es fundamental para poder realizar el procedimiento.
3. Este procedimiento se realiza bajo sedación por Anestesiólogo, por ello el paciente debe leer y firmar el consentimiento informado de esta sedación. El procedimiento es ambulatorio, su duración es de 20 a 30 minutos, el paciente permanece entre 45 minutos a 1 hora en recuperación.
4. Es importante que el paciente informe a su médico los medicamentos que recibe incluyendo los hipoglicemiantes, antihipertensivos, anticoagulantes y antiagregantes, ya que pueden influir en el procedimiento de retiro del balón.
5. En este momento, por la pandemia del COVID19, se me ha interrogado para asegurar que soy un paciente de bajo riesgo para COVID19, considerando que **no he tenido contacto con ninguna persona con sospecha de COVID19 o con diagnóstico confirmado de COVID19, no presento síntomas "gripales": fiebre, tos, dolor de garganta ni congestión nasal y no tengo diagnóstico o sospecha de COVID19.**
6. Se me ha explicado que GASTROMEDICALL cuenta con todos los elementos de protección personal y sigue los protocolos de seguridad frente a la pandemia por COVID19 y que esta atendiendo pacientes de bajo riesgo para esta enfermedad, sin embargo existe el riesgo de contagio por COVID19 durante mi procedimiento.
7. Las complicaciones de este procedimiento son infrecuentes, sin embargo están descritas las siguientes: perforación, hemorragía, laceraciones de esófago y complicaciones relacionadas con la venopunción como la flebitis.

8. El Doctor queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas medicas distintas de las ya mencionadas si en el curso del procedimiento se presenta una situación inadvertida o imprevista que a juicio del médico 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.

Así mismo, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a GASTROMEDICALL para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud. Los datos podrán ser utilizados para los diferentes aspectos relacionados en la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web www.gastromedicall.com, la cual cumple con la normatividad vigente. He sido informado que se me garantizará la confidencialidad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y que podre conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales si así lo deseo. Manifiesto, además, que he sido informado de manera clara y suficiente de los fines de su tratamiento y la posibilidad que tengo de no efectuar la autorización de aquella información considerada sensible.

Firma paciente o persona responsable

[Redacted signature area]

CC

[Redacted CC number]

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

[Redacted signature area]

RM

[Redacted RM number]



**Gastro
medical**

Conocimiento, Tecnología y Calidad