

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

### Consentimiento para el Procedimiento de Ecoendoscopia Digestiva Alta (Ultrasonido Endoscópico)

1. La ecografía endoscopia del tracto digestivo alto (esófago, estómago y duodeno) y de órganos cercanos (páncreas, vía biliar, glándulas suprarrenales) permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves.
2. El procedimiento consiste en introducir un tubo flexible (endoscopio) por la boca, con un pequeño transmisor de ultrasonidos (el ecógrafo) en su punta para explorar la extensión en profundidad de las lesiones de la pared del esófago, estómago y duodeno, también órganos vecinos como el páncreas y la vía biliar). Antes de introducir el tubo, se aplica sedación intravenosa profunda con el fin de disminuir las molestias.<sup>[1]</sup>
3. La exploración se puede realizar mediante dos equipos, uno denominado radial que puede biopsiar con pinza y otro lineal o sectorial con el que se pueden realizar punciones (PAAF), que consiste en extraer fragmentos de lesiones ocupantes de espacio de los órganos accesibles a la exploración mediante una aguja fina especial, que se introduce a través del ecoendoscopio.
4. Requiere de un ayuno mínimo de 6 horas y una preparación que me fue enviada previamente. Se me indico que debo informar de 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.
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. Durante el procedimiento se presentan, 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. Tras la toma de muestras de biopsia puede producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. En caso de la realización de PAAF (punción con aguja fina) existe igualmente riesgo de pequeños sangrados, que ceden habitualmente de forma espontánea, Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata inmediatamente durante la misma endoscopia. Para ello existen distintos métodos.

8. Muy infrecuentemente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. En caso de la realización de PAAF este riesgo aumenta mínimamente, y requeriría intervención quirúrgica.
9. En caso de precisar la realización de punción pancreática existe riesgo mínimo de sufrir un cuadro de pancreatitis aguda, que aunque generalmente leve, puede llegar a ser grave.
10. Muy raramente puede comprometerse la función cardíaca o respiratoria durante la ecoendoscopia, llegando incluso a la parada cardiorrespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Igualmente la aspiración de contenido digestivo en la vía respiratoria es una complicación grave. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.
11. 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.

Así mismo, autorizó 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](http://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

_____	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 \_\_\_\_\_



**Gastro  
medical**

Conocimiento, Tecnología y Calidad