

México, D.F. a _____ del mes de _____ de 20 _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Particular Hospitalizado Aseguradora Cuál: _____

Edad: _____ Con domicilio en: _____

Médico Tratante: _____ Diagnóstico inicial: _____

Nombre del representante legal, familiar o allegado: _____

Edad: _____ Domicilio: _____

Para que exclusivamente reciba información sobre mi estado de salud, diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico. Y en tales condiciones,

CONSIENTO

1. Yo _____, en mi calidad de _____, consiento que el (la) Dr. (Dra.) _____ y su equipo realicen una PANENDOSCOPIA, con posible toma de biopsia, dilatación, extracción de pólipos, colocación de prótesis y/o tratamiento con inyección o ligadura de vasos sanguíneos o tejido para control del sangrado, extracción de cuerpos extraños, colocación de sondas de alimentación, si es necesario.

2. Entiendo que este procedimiento consiste en pasar a través de la boca un aparato llamado panendoscopio, con el cual se observa dentro del esófago, estómago y duodeno. Dependiendo de los hallazgos del estudio se pueden obtener muestras de tejido llamadas biopsias para el diagnóstico de las enfermedades, inyección de sustancias o aplicación de corriente térmica para el control de las hemorragias, así como remoción de pólipos y extracción de cuerpos extraños. En las estrecheces puede realizarse dilatación con sonda y/o balón, colocar una prótesis que permita el paso del alimento o bien, sondas de alimentación. El estudio se realiza algunas veces solo con anestésico local llamado lidocaína en spray, pero la mayoría de las ocasiones se realiza bajo sedación anestésica. Entiendo que por los efectos de la anestesia necesito ir acompañado de un familiar y no podré manejar autos o maquinaria por algunas horas posteriores al procedimiento.

3. Se me ha explicado que para la realización de este procedimiento es indispensable un ayuno mínimo de 8 horas. Que ciertos medicamentos, como los antihipertensivos, puedo tomarlos a la hora indicada el día del procedimiento y que es necesario informar al personal médico y de enfermería acerca de los medicamentos que se me han prescrito ya que algunos de ellos (como la aspirina) tienen ciertas restricciones.

4. Comprendo las razones por las que se me practicará el estudio, las cuales han sido adecuadamente explicadas por mi médico tratante, a quien puedo acudir en caso de tener alguna duda acerca de la preparación o del procedimiento mismo. Así mismo, he tenido la oportunidad de realizar las preguntas necesarias antes de firmar este consentimiento.

5. Entiendo que todo procedimiento endoscópico está sujeto a riesgos. Estos incluyen riesgos propios del estudio como de la anestesia. Los medicamentos administrados pueden causar irritación local o reacción alérgica aún sin antecedente alérgico. Durante la realización del estudio puede ocurrir hemorragia, desgarro o perforación del tubo digestivo. Sin embargo, esto solo sucede en menos del 1% de los casos. De ocurrir estas complicaciones puede requerirse cirugía, hospitalización o transfusiones sanguíneas. Posterior al estudio es posible presentar dolor abdominal leve y distensión abdominal, los cuales generalmente son pasajeros y pueden tratarse con medicamentos. Otros riesgos aunque raros, pero serios o potencialmente fatales incluyen: dificultad para respirar, infarto cardiaco y accidente cerebral vascular. También existe la posibilidad de que el procedimiento pueda ser incompleto por falta de cooperación o por alguna alteración en mi aparato digestivo.

6. Entiendo que no hay garantías en cuanto a los resultados de este procedimiento. Se han discutido las alternativas y pueden incluir estudios de radiología (serie esofagogastroduodenal, tomografía abdominal, etc.). Entiendo que esas opciones tienen sus propias limitaciones y beneficios.

7. He leído y entendido completamente este consentimiento. Comprendo que no debo firmar si alguna de mis preguntas no han sido respondida a mi satisfacción o si no comprendo alguna de las palabras o términos usados en este formato. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA EN CUANTO A LOS RIESGOS O PELIGROS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTOS, PREGUNTE A SU MÉDICO AHORA, ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO. NO FIRME A MENOS QUE LO HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE.

Me reservo expresamente el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento se realice.

Se me informa y acepto, que debido a las fallas técnicas que pudieran existir, no se hacen responsables en la grabación del DVD.

Nombre y firma del Médico Endoscopista

Nombre y firma del Paciente

Nombre y firma del Testigo (1)

Nombre y firma del Testigo (2)