

Consentimiento informado del paciente

Procedimientos:

- La endoscopia superior (con posible biopsia, polipectomía, escleroterapia, cauterización o dilatación) es un examen del esófago, del estómago y del duodeno con un endoscopio flexible que se introduce a través de la boca. Se puede introducir un fórceps o un asa a través del instrumento para cortar o quemar tejido, pólipos o bultos. Se puede aplicar cauterización para controlar el sangrado quemando los puntos sangrantes. Se pueden inyectar medicamentos localmente para controlar el sangrado o para encoger los vasos anormales. Se puede pasar un tubo dilatador para estirar áreas estrechas, si es necesario. Se pueden administrar medicamentos por vía intravenosa para la sedación y la relajación del estómago y los intestinos.
- La colonoscopia (con posible biopsia, polipectomía, cauterización o dilatación) es un examen de todo el colon con un endoscopio flexible, que se inserta a través del recto hasta el colon. Se puede introducir un fórceps o un asa a través del instrumento para cortar o quemar tejido, pólipos o bultos. Se puede aplicar cauterización para controlar el sangrado quemando los puntos sangrantes. Los medicamentos pueden inyectarse localmente. Se puede pasar un tubo dilatador para estirar áreas estrechas, si es necesario.

El Dr. _____ realizará los procedimientos mencionados anteriormente.

Los riesgos de los procedimientos pueden incluir, entre otros, los siguientes: Es común que se presente un leve dolor de garganta e hinchazón abdominal. En raras ocasiones, pueden producirse perforaciones, lesiones en los órganos o tejidos adyacentes, o hemorragias que requieran cirugía o transfusiones de sangre, con los consiguientes riesgos quirúrgicos y de infección de transmisión sanguínea. Una infección local de la herida es posible, pero poco probable. Pueden ocurrir reacciones alérgicas o de otro tipo a los medicamentos. Al igual que con cualquier procedimiento médico, existe un pequeño riesgo de complicaciones cardíacas (p. ej., ritmo cardíaco irregular, angina e, incluso, un paro cardíaco) y complicaciones pulmonares (p. ej., una neumonía por aspiración), pero esto es más recurrente en pacientes con enfermedades cardíacas o pulmonares subyacentes. Si se administran medicamentos por vía intravenosa, existe un riesgo de inflamación de las venas y náuseas, así como un pequeño riesgo adicional de complicaciones cardíacas y pulmonares. Existe un pequeño riesgo de pasar por alto un problema presente. Los procedimientos o tratamientos alternativos pueden incluir, entre otros, los siguientes: Cirugía y radiología.

Se me explicaron los procedimientos, riesgos y alternativas enumerados anteriormente. Se me ha informado sobre los riesgos, beneficios y efectos secundarios de las alternativas, incluidos los posibles resultados de no recibir atención, tratamiento y servicios. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y respondieron satisfactoriamente a todas mis preguntas sobre los procedimientos, los riesgos y las alternativas. Se me ha informado sobre los problemas potenciales que pueden ocurrir durante mi recuperación y la probabilidad de lograr los objetivos. Entiendo que durante el curso de los procedimientos, condiciones imprevistas pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes de los mencionados anteriormente o de los que me informaron. Autorizo al médico o proveedor acreditado y a otros profesionales a realizar otros procedimientos que, a su juicio, sean necesarios y apropiados. Reconozco que no se me otorgó ninguna garantía en cuanto al resultado o la cura.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE ME REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE

(Firma del paciente*)

(Fecha y hora)

(Firma del otorgante del consentimiento autorizado)

(Fecha y hora)

(Vínculo con el paciente)

(Nombre en letra de imprenta)

(Firma del testigo) [Solo se requiere para el consentimiento telefónico]

(Nombre en letra de imprenta)

LE EXPLIQUÉ LOS PROCEDIMIENTOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE AL PACIENTE O AL OTORGANTE DEL
CONSENTIMIENTO AUTORIZADO

(Firma del médico/proveedor acreditado)

(Fecha y hora)

Confirmación del consentimiento informado para la anestesia

Para el paciente o padre/madre, tutor o persona designada: este formulario está diseñado para confirmar la conversación y el consentimiento para que se administre la anestesia propuesta para un procedimiento quirúrgico, médico o terapéutico.

Un profesional de anestesia administrará la anestesia adecuada para mi condición y controlará las funciones corporales vitales durante el procedimiento. Entiendo que la anestesia implica riesgos, además del procedimiento en sí. Estos riesgos pueden incluir, entre otros, los siguientes: reacción adversa a medicamentos, daño cerebral, lesión nerviosa o muerte. Además: pueden producirse lesiones en los dientes o trabajos dentales, daños en las cuerdas vocales, problemas respiratorios, dolores y molestias leves, daños en las arterias y venas o dolores de cabeza. Soy consciente de que en la administración de anestesia pueden ocurrir otras complicaciones inesperadas. Todo lo mencionado anteriormente se ha explicado en términos que entiendo y mis preguntas han sido respondidas.

Certifico que la información que he proporcionado con respecto a antecedentes, problemas, medicamentos e ingesta de alimentos y líquidos es correcta.

Entiendo que un adulto responsable debe acompañar a cada paciente a casa cuando sea dado de alta de la sala de recuperación. Entiendo que hacer caso omiso de estos consejos podría poner a uno en riesgo, si surgen problemas y no se informan.

Autorizo y doy mi consentimiento voluntariamente para la administración de anestesia.

Fecha _____ Hora _____ Firma _____