

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

### Consentimiento para el Procedimiento Inserción Balón Intragástrico

1. El balón intragástrico esta indicado en pacientes con sobrepeso, obesidad grado I, pacientes con obesidad grado II, III, o super obesos en tránsito a cirugía bariátrica o cuando no se contemple la cirugía por alto riesgo quirúrgico.
2. La colocación del balón intragástrico se hace por endoscopia. Se realiza endoscopia digestiva alta previa al procedimiento y si el paciente no presenta contraindicaciones, como cirugías de estómago previas, úlceras gástricas o duodenales activas, se procede a introducir el dispositivo vía orogástrica, el cual se llena con una mezcla de solución salina y azul de metileno en un volumen que va desde los 500 hasta los 800 cc.
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 10 a 20 minutos, el paciente permanece entre 45 minutos y 1 hora en recuperación y se coloca medicación intravenosa e hidratación.
4. Requiere de un ayuno mínimo de 8 horas y una preparación especial que le fue entregada en el momento de agendar su cita.
5. Confirmando que recibí la preparación para la realización de mi procedimiento y que cumplí el total de las instrucciones contenidas en ese documento.
6. 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 la colocación del balón.
7. 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.
8. 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, sin embargo, existe el riesgo de contagio por COVID19 durante mi procedimiento.
9. Las complicaciones de este procedimiento son infrecuentes, sin embargo, están descritas las siguientes: perforación, hemorragia, intolerancia al balón hasta en el 2% de los casos, úlcera gástrica en el 0.3% de los casos, algunas otras complicaciones se pueden presentar si el paciente no toma los medicamentos ordenados

diariamente o si permanece con el balón mas tiempo del estipulado estas son: la deflación (el balón se desinfla) del balón, que puede conllevar a una obstrucción intestinal.

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](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

[Redacted signature area]

CC

[Redacted identification area]

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 identification area]