

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

### Consentimiento para el Procedimiento de Colonoscopia

1. La colonoscopia es un procedimiento que ha solicitado el médico tratante para el estudio del intestino.
2. El procedimiento se realiza al introducir un tubo flexible (colonoscopio) por vía rectal, conectado a un sistema de video que permite ver internamente el colon investigando enfermedades que expliquen los síntomas o quejas en estudio como por ejemplo, sangrado, pérdida de peso, inflamación, divertículos, tumores, entre otros.
3. Requiere de una preparación especial con dieta líquida abundante y laxante para limpiar el colon. 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.
4. Confirmando que recibí la preparación para la realización de mi procedimiento y que cumplí el total de las instrucciones contenidas en ese documento.
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 presenta con poca frecuencia riesgos de complicación como perforación, hemorragia, y otras inherentes al procedimiento que pueden requerir un tratamiento quirúrgico abierto en casos excepcionales
8. Es un estudio que puede generar ansiedad en el paciente, a veces dolor y sensación de abdomen inflado por que se introduce aire para favorecer la visualización por lo cual se utilizan medicamentos vía intravenosa durante el

procedimiento como sedantes y antiespasmódicos, que pueden ocasionar reacciones cardiovasculares y/o pulmonares que podrían llevar a depresión cardiorespiratoria y alergia a los medicamentos. En la sala de procedimientos se cuenta con todo el equipo de reanimación y personal entrenado para cualquier imprevisto. Este estudio tiene como alternativa los estudios radiológicos del colon y del abdomen.

9. 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_