

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

Consentimiento para el Procedimiento de Esofagogastroduodenoscopia

1. La esofagogastroduodenoscopia es un procedimiento solicitado por el médico tratante para el estudio del esófago, estómago y el primer segmento del intestino (duodeno). Se asocia a náusea, malestar en la garganta, estómago inflado y ansiedad.
2. El procedimiento consiste en introducir un tubo flexible (endoscopio) por la boca, conectado a un sistema de video que permite ver internamente la vía digestiva alta investigando enfermedades que expliquen los síntomas o quejas en el estudio, por ejemplo, ardor epigástrico, náusea, inflamación, úlceras, tumores, obstrucciones, entre otros.
3. Requiere de un ayuno mínimo de 6 horas y la aplicación de un anestésico local en la faringe. Usted debe informar si tiene 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.
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. 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.
8. La sedación para el procedimiento es electiva debido a que es un estudio que puede generar ansiedad en algunos pacientes. Para ello 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.

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.
10. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
11. 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.
12. 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.
13. 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, 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

CC _____ 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 _____