

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

Consentimiento para el Procedimiento PHmetría e Impedanciometría

1. El monitoreo ambulatorio de pH Metría Esofágica 24 horas es un estudio funcional, que consiste en registrar y cuantificar los niveles de acidez presentes en el esófago.
2. El monitoreo con impedanciometría es similar a la pHmetría pero además del registro de pH clásico, controla la información adicional sobre el transporte del bolo en el esófago. Este examen no requiere sedación.
3. Consiste en introducir por la nariz una sonda delgada, con un electrodo en su extremo que queda colocado en el esófago por arriba del esfínter esofágico inferior.
4. Esta sonda va conectada a un pequeño equipo portátil, tipo grabadora, que registra durante un periodo de 24 horas todos los síntomas de reflujo que el paciente experimenta y los cambios en el Ph del esófago.
5. Requiere de un ayuno mínimo de 6 horas y una preparación especial que le fue enviada en el momento de agendar su cita. 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 tener en cuenta si el examen es solicitado por el médico tratante “bajo tratamiento” con Inhibidores de la Bomba, para la gastritis o el reflujo (como Esomeprazol, Omeprazol, Lansoprazol) o si fue solicitado “sin tratamiento” tal como se le indicó en la preparación entregada.
7. A las 24 horas, se retira la sonda al paciente y se descarga la información de la grabadora.
8. 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.**
9. 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.

10. Las complicaciones con estos procedimientos son muy poco frecuentes, en casos excepcionales, el paciente puede tener sangrado de la nariz, molestias en la garganta o náuseas.
11. 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.
12. 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, 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 _____