

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

Consentimiento para el Procedimiento de Test de Aliento

1. La prueba de aliento, es una técnica no invasiva que en este momento es la mejor alternativa para diagnóstico y seguimiento de *Helicobacter pylori*, ya que identifica la presencia de la bacteria a través de los compuestos que genera en su ciclo vital.
2. El *Helicobacter pylori* produce ureasa, una enzima, que rompe las moléculas de urea que se producen en el estómago durante la digestión; de esta reacción obtiene amoníaco (que le ayuda a neutralizar la acidez gástrica) y bióxido de carbono (CO₂), el cual pasa al torrente sanguíneo y puede ser medido en el aire que el paciente elimina a través de su respiración.
3. La realización del análisis, consiste en ingerir una cápsula, líquido o pudín que contiene urea “marcada” con átomos especiales de carbono. El *H. pylori* procesa la urea y, luego de pocos minutos, el paciente sopla dentro de un recipiente y expulsa el CO₂. Si los átomos de carbono especial se encuentran en el aire exhalado, entonces se puede concluir que la bacteria está presente.
4. La prueba de aliento es sumamente segura y no causa molestia, ni dolor, ni ninguna complicación. Es un examen no invasivo, fácil de realizar y sin efectos secundarios.
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. 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.**
7. 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.
8. 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.

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

RE _____