

CENTRO MÉDICO DELFOS

Servicio de Endoscopia Digestiva – Dr. D. Bargalló Carulla
Avda. Vallcarca , 151, 2ª Planta antigua, pta. 5
Tel. 934 340 416

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA (*)

Yo, D./Dñacomo paciente (o D./Dña....., como su representante), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A**, en virtud de los derechos que marca la LEY GENERAL DE SANIDAD, y, en consecuencia, **AUTORIZO** al Dr./a./res.....para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado **ESÓFAGO-GASTRO DUOENDOSCOPIA (PANENDOSCOPIA ORAL) / COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA**, y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros), como terapéuticos (polipectomía, dilatación, esclerosis, electro o fotocoagulación, colocación de bandas elásticas, prótesis o sondas), que sean aconsejables durante la misma.

Consiento la administración de medicación sedante o de otro tipo (en inyección) que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización de la endoscopia.

Se me han explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración, que incluyen distensión del abdomen, dolor, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas, infección, aspiración bronquial, hemorragia, perforación y parada cardiorespiratoria.

Alguna de estas complicaciones pueden requerir intervención quirúrgica.

No se me ha dado la garantía que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento.....
.....

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado (beneficios, riesgos, alternativas), y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique.....,

Entiendo que este documento puede ser **REVOCADO** por mí en cualquier momento, antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, y lo hago por duplicado, mediante la copia que se me proporciona.

Barcelona, ade.....de.....

Firma (paciente o representante legal)
D.N.I.

Firma médico
Nº Colegiado

(*) Recomendado por la Asociación Española de Endoscopia Digestiva.