



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricio Monroa Lengua, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38 858 198 de Bugá, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_, identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K801 - CALCULO DE LA VESICULA BILIAR CON OTRA COLECISTITIS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

usea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrofica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: INFECCION, ABSCESO, SANGRADO, COLECCION, LESION INTESTINAL, LESION VIA BILIAR, FISTULA, LESION VASCULAR, LAPAROTOMIA, ABDOMEN ABIERTO, RECHAZO DE MATERIAL DE SUTURA, DEFECTO CICATRIZAL, REINTERVENCION, MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA:

Patricio Monroa Lengua  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)

Documento: 38 858 198

[Firma]  
Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



[Firma]

Firma del Médico  
OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO  
CC # 94396257  
Registro Médico # 760412-97

Fecha: DD MM AAAA  
30/11/2017





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

San José

Yo, Blanca Pamela Davidson Flores, mayor de edad identificado con el documento de identidad 3164440 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Peterson Mungu de 33353198 declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo SALAZAR HERRERA ANDRES FELIPE, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto: 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa iliaca, periesplénico, perigástrico: ; 18600 - Laparoscopia exploradora: .

1. El(la) doctor(a) SALAZAR HERRERA ANDRES FELIPE me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazon de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paroplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: PARO CARDIACO, ARRITMIA, IAM, IAM, TEP, ANAFILAXIA, LESION NEUROLOGICA, LESION VIA AEREA, BRONCOASPIRACION, MUERTE.
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarillo, o drogas ilícitas. Asi mismo iré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrian verse afectadas.

**Andrés F. Salazar**  
Médico Anestesiólogo  
RM 761147/10 Univalle

Blanca Pamela Davidson Flores

Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)

Tipo y Numero de Documento: 3164440

Andrés F. Salazar

Firma del Médico

SALAZAR HERRERA ANDRES FELIPE

CC # 94482161

Registro Médico # 761147-2010

Nombre y Firma del Testigo

Fecha: 21/02/2018

Tipo y Numero de Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricia María Rengifo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 388 581 98 de \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico; ; 18600 - Laparoscopia exploradora: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico; ; 18600 - Laparoscopia exploradora:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: INFECCION, ABSCESO, ANGRADO, COLECCION, LESION INTESTINAL, LESION DE VIA BILIAR, FISTULA, LESION VASCULAR, LAPAROTOMIA, ABDOMEN ABIERTO, DOLOR CRONICO, RECHAZO DE MATERIAL SE SUTURA, DEFECTO CICATRIZAL, REINTERVENCION, MUERTE.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugia que incluye los siguientes procedimientos: 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico; ; 18600 - Laparoscopia exploradora:

Patricia María Rengifo  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)

Documento: 388 581 98

OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO  
Firma del Médico  
OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO  
CC # 94396257  
Registro Médico # 760412-97

Nombre y Firma del Testigo

Fecha: DD MM AAAA  
21/02/2018

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**

**CODIGO: FOR/308/015-14**  
**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**  
**VERSION: 001**

Yo, Diana Lorela Ruedon Leon, mayor de edad identificado con el documento de identidad 21644470 de Dagua, actuando en nombre propio o como representante legal de Potrero Muna Ruedon identificado con el documento de identidad 38858198 de Dagua, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo \_\_\_\_\_, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:  
\_\_\_\_\_
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Diana Lorela Ruedon Leon  
Nombre y Firma del Paciente o representante  
Legal (parentesco y/o relación)  
Tipo y Número de Documento:

\_\_\_\_\_  
Firma del medico

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo  
Tipo y Número de Documento:

Fecha: / /

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



## EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

**CODIGO: FOR/308/017-14**

**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**

**VERSION: 001**

Nombre :		Fecha :				
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.						
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS						
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMIA MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.						
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPECTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA						
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.						
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.						
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.						
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.						
HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.						
ALERGIAS						
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.						
DROGAS:						
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES						
PREDICCIÓN INTUBACIÓN			OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA			
EXAMENES DE LABORATORIO						
ASA 1 2 3 4 5 6 U	PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN				ANESTESIÓLOGO	
Índice de trauma						
RESERVA:	DIAGNOSTICO:		CODIGO:			
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:						
Firma y C.C. _____						

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Dra. Pamela Pineda Ruiz, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644480 de Dijax, actuando en nombre propio o como representante legal de Familia Muñoz Benigno identificado con el documento de identidad 31644480 de Dijax, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: ; 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico I878 - OTROS TRASTORNOS VENOSOS ESPECIFICADOS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: ; 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

usea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, SEPSIS Y MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: ; 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

Pamela Pineda Ruiz  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)  
Documento:

Esmeral Leal Miguel  
Firma del Medico  
ESMERAL LEAL MIGUEL  
CC # 16450997  
Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo  
Documento:

Fecha: 08/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**

**CODIGO: FOR/308/015-14**

**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**

**VERSION: 001**

Yo, Doña Marcela Plandon M., mayor de edad identificado con el documento de identidad 31 644 440 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Dolores Muñoz Rengifo identificado con el documento de identidad 38858198 de Buga Valle, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo Erwin Guareño, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) Erwin Guareño me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorrespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:  
Nada
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Doña M Plandon  
Nombre y Firma del Paciente o representante  
Legal (parentesco y/o relación) 31644440  
Tipo y Número de Documento:

Erwin Guareño  
Firma del medico  
Medico Anestesiologo  
TP 78840007  
UNIVERSIDAD DEL VALLE  
C.C. 944882

Nombre y Firma del Testigo  
Tipo y Número de Documento:

Fecha: 10 / Mar / 2018

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



## EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

**CODIGO: FOR/308/017-14**

**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**

**VERSION: 001**

Nombre :		Fecha :								
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:				
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.										
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS										
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMI. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.										
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA										
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.										
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA; ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.										
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.										
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.										
HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.										
ALERGIAS										
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.										
DROGAS:										
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES										
PREDICCIÓN INTUBACIÓN			OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA							
EXAMENES DE LABORATORIO										
ASA	1	2	3	4	5	6	U	PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN		ANESTESIOLOGO
Índice de trauma								DIAGNOSTICO:		
RESERVA:								DIAGNOSTICO:		CODIGO:
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:							Firma y C.C. _____			



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA**

**CODIGO: FOR/3211/016-14**  
**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**  
**ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016**  
**VERSION: 001**

ESPECIALIDAD DE: \_\_\_\_\_

Yo, Strova Honda Obcezon C, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644446 de Bugá, actuando en nombre propio o como representante legal de Johanna Quinonez identificado con el documento de identidad 3884778 de Bugá, en forma voluntaria consiento que él (la) Doctor (a):  
y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGIA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento (s):  
torácica

.La cual es realizada como tratamiento para el diagnostico: neumonía pulmonar  
V.A. AERER A.H.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una ciencia exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Medico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): \_\_\_\_\_

Nauseas y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Quemaduras, Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:  
infección pulmonar

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a), de la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos:

Strova Honda Obcezon C  
Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación)  
Documento: 31644446

[Firma]  
Firma del medico  
M. C. S. T. U. A. R. O.

Nombre y Firma del Testigo  
Documento:

Fecha: / /

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Francisbela Davidson Acuña, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Bvg (actuando en nombre propio o como representante legal de Francisbela Acuña Acuña identificado con el documento de identidad 38213198 de Bvg en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7252 - Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía; ; 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico R100 - ABDOMEN AGUDO.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7252 - Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía; ; 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

... sea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible. Hipertrofica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, LESION INTESTINAL, VASCULAR Y NEUROLOGICA, SEPSIS Y MUERTE,

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 7252 - Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía; ; 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

Francisbela Davidson Acuña  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)  
Documento: 31644440 Bvg

Esmeral Leal Miguel  
Firma del Medico  
ESMERAL LEAL MIGUEL  
CC # 16450997  
Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo  
Documento:

Fecha: 23/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**

**CODIGO: FOR/308/015-14**  
**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**  
**VERSION: 001**

Yo, Isaura Monela Pinedón M, mayor de edad identificado con el documento de identidad 3164440 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Estimada Ana Pinedón identificado con el documento de identidad 33218178 de Buga Valle, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo \_\_\_\_\_, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) Miller me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: Quemadura - amplexo - anestesia
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Isaura Monela Pinedón M  
Nombre y Firma del Paciente o representante  
Legal (parentesco y/o relación) hija  
Tipo y Número de Documento: 3164440

Isaura Miller Pinedón  
Firma del medico  
C.C. 29.254.32.896  
R.M. 75. 27.231.2007  
23/04/2014

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo  
Tipo y Número de Documento:

Fecha: 1 / 1



## EVALUACIÓN PREENESTÉSICA

**CODIGO: FOR/308/017-14**

**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**

**VERSION: 001**

Nombre :		Fecha :								
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:				
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.										
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS										
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMI. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.										
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPECTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA										
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.										
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.										
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.										
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.										
HEPATICO: HEPATTIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.										
ALERGIAS										
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.										
DROGAS:										
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES										
PREDICCIÓN INTUBACIÓN			OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA							
EXAMENES DE LABORATORIO										
ASA	1	2	3	4	5	6	U	PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN		ANESTESIÓLOGO
Índice de trauma										
RESERVA:								DIAGNOSTICO:	CODIGO:	
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestésólogo para practicarlos:										
Firma y C.C. _____										



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA TRANSFUSIÓN DE  
PRODUCTOS SANGUINEOS**

**CODIGO: FOR/3211/010-14**

**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**

**ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016**

**VERSION: 001**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS  
SANGUINEOS**

**(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)**

*Yo, Patricia Aurora Dary*

\_\_\_\_\_ identificado (a)  
como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el  
médico

\_\_\_\_\_ Sobre los objetivos del procedimiento denominado  
TRANSFUSIÓN la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este  
producto sanguíneo.

Ha sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal  
procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada  
pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido  
explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean aplicadas  
\_\_\_\_\_ unidades de \_\_\_\_\_

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido  
considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición  
clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación  
extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi medico tratante lo ocurrido para que  
adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mí en su  
integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las  
preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido  
satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente

*Patricia Aurora Dary*

Fecha

C.C. o NIT.

*30858798*



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA

Yo, Stoua Morula Bloudon Murte, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Dagua, actuando en nombre propio o como representante legal de Patricia Murte Bengifo, identificado con el documento de identidad 38858198 de Dagua en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7121 - Laparotomía exploradora: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7121 - Laparotomía exploradora:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos Estéticos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, HEMATOMA, LESION DE UN INTESTINO, REINTERVENCION, ABDOMEN ABIERTO

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 7121 - Laparotomía exploradora:

Stoua Morula Bloudon Murte  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y /o relación)  
Documento: X 31644440.

Guerra Salazar Jose Ignacio  
Firma del Medico  
GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO  
CC # 16747504  
Registro Médico # 76-0924

Nombre y Firma del Testigo  
Documento:

Fecha: 10/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

**CODIGO: FOR/3217/002-17**

**FECHA DE EMISION: 24/11/2017**

**ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018**

**VERSION: 002**

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER  
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE**

**DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:**

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor \_\_\_\_\_ y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

- Esofagogastroduodenoscopia \_\_\_\_\_
- Ligadura de varices esofágicas \_\_\_\_\_
- Extracción de cuerpo extraño en esófago \_\_\_\_\_
- Polipectomía endoscópica gástrica \_\_\_\_\_
- Control Endoscópico de Sangrado Activo \_\_\_\_\_
- Gastrostomía Percutánea endoscópica \_\_\_\_\_

Bajo sedación Endovenosa SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Con anestesia local SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**¿COMO SE REALIZA?**

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

**¿QUE RIESGOS TIENE?**

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorrespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.

- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

### ¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío; por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelos con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

### ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.

- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.

- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.

- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.

- No puede donar sangre durante un año

### MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE, (letra legible): Patricio Muñoz Ranzifo

Documento de identidad: 38858198

FIRMA: [Firma]

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO: Patricia Marcela Ranzifo Ranzifo

Documento de identidad: 28218198 31644440

FIRMA: [Firma]

### DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor \_\_\_\_\_ he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA: \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO "Anexo 2" - HIV

Por medio del presente de manera voluntaria y sin coacción alguna manifiesto que doy mi consentimiento al LABORATORIO ANGEL y a su EQUIPO DE SALUD, para que efectúe los análisis que determinan la presencia de anticuerpos contra el VIH - 1 y 2.

De igual forma expreso que he sido ilustrado (a) e informado (a) sobre las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a practicar, los riesgos implícitos que dicho procedimiento conlleva y las características y los riesgos justificados de posible precisión en dicho procedimiento. Declaro que me encuentro satisfecho(a) con la información suministrada por el equipo de salud, quienes me han dado la oportunidad de preguntar y han resuelto mis inquietudes y dudas a satisfacción y por ende les eximo de cualquier eventualidad resultante de tales hechos. Igualmente entiendo que es mi responsabilidad reclamar los resultados directamente al laboratorio o a través de mi servicio de salud de forma oportuna, de acuerdo a la fecha indicada por el laboratorio para la entrega del resultado.

El Laboratorio Angel propenderá para que su equipo de salud mantenga la confidencialidad de los resultados de las pruebas a mí realizadas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 del Decreto 1543 de 1997 y sus complementarios sobre revelación del Secreto Profesional.

En caso de obtener una prueba positiva, entiendo que de conformidad a lo dispuesto en el artículo 20 del Decreto 1543 de 1997, es obligación del Laboratorio Angel, y su Equipo de Salud notificar los casos de infección por el virus de inmunodeficiencia Humana HIV, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como de las demás Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) a las Direcciones Territoriales de Salud o quienes hagan sus veces, so pena de ser sancionados de conformidad a lo dispuesto en el citado decreto y demás normas aplicables, y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación a las medidas sanitarias establecidas en el Código Penal. El secreto profesional no podrá ser invocado ni alegado como impedimento para suministrar dicha información.

El Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA

CC No

ACUDIENTE

FIRMA

CC No

Número de Referencia:

Fecha:

El Laboratorio

Responsable de la Consejería:

Dr. Edgar Manrique Manrique
Medico General
UCI Urgencias
C.C. 94.477.065
R.M. 7650



FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE  
Guadalajara de Buga  
Nit. 891.380.054 - 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE PRODUCTOS  
SANGUINEOS

( Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993 )

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el médico \_\_\_\_\_ Sobre los objetivos del procedimiento denominado TRANSFUSION la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este producto sanguíneo.

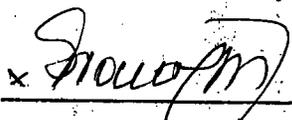
He sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

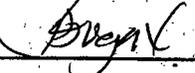
Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean Aplicadas \_\_\_\_\_ unidades de \_\_\_\_\_.

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi médico tratante lo ocurrido para que adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente x  Fecha Nov 11/2018

C.C. o NIT. x 31644440 

Patricia Muñoz Restrepo  
CC: 38858198



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

**CODIGO: FOR/3217/002-17**

**FECHA DE EMISION: 24/11/2017**

**ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018**

**VERSION: 002**

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER  
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE**

**DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:**

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor Pedroni y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

- Esofagogastroduodenoscopia \_\_\_\_\_
- Ligadura de varices esofágicas \_\_\_\_\_
- Extracción de cuerpo extraño en esófago \_\_\_\_\_
- Polipectomía endoscópica gástrica \_\_\_\_\_
- Control Endoscópico de Sangrado Activo \_\_\_\_\_
- Gastrostomía Percutánea endoscópica ✓

Bajo sedación Endovenosa SI \_\_\_\_\_ NO ✓  
Con anestesia local SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**¿COMO SE REALIZA?**

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

**¿QUE RIESGOS TIENE?**

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.

- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

#### ¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelos con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

#### ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año.

#### MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible):

Documento de identidad:

FIRMA:

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO:

Documento de identidad:

FIRMA:

#### DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor Pedro Nieves he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA:

11/03/2018





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**

**CODIGO: FOR/308/015-14**

**FECHA DE EMISION: 30/04/2014**

**VERSION: 001**

Yo, Gracia Tonala Pacheco, mayor de edad identificado con el documento de identidad 3164440 de Dugué, actuando en nombre propio o como representante legal de Leonia Greth Pacheco identificado con el documento de identidad 3825872 de Dugué, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo \_\_\_\_\_, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:  
\_\_\_\_\_
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Gracia Tonala Pacheco  
Nombre y Firma del Paciente o representante  
Legal (parentesco y/o relación) 3164440 Pacheco  
Tipo y Número de Documento:

[Firma]  
Firma del medico

M.D. ANESTESIOLOGO  
I.P. 760537-97 R.M.P.S. 002433  
C.C. 76.314.863 Topayán

Marzo 19 / 18

Nombre y Firma del Testigo  
Tipo y Número de Documento:

Fecha: / /

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



## EVALUACIÓN PREENESTÉSICA

CODIGO: FOR/308/017-14

FECHA DE EMISIÓN: 30/04/2014

VERSION: 001

Nombre :		Fecha :								
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:				
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.										
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS										
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMI. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.										
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPECTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA										
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.										
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.										
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.										
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.										
HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.										
ALERGIAS										
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.										
DROGAS:										
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES										
PREDICCIÓN INTUBACIÓN			OTROS: HIV- TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO - DROGADICCIÓN RAZA							
EXAMENES DE LABORATORIO										
ASA	1	2	3	4	5	6	U	PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN		ANESTESIÓLOGO
Índice de trauma										
RESERVA:								DIAGNOSTICO:	CODIGO:	
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:										
Firma y C.C. _____										



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

CODIGO: FOR/308/015-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

Yo, Julia Paula Ruedon, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de PUGZ, actuando en nombre propio o como representante legal de José Luis Ruedon identificado con el documento de identidad 38858198 de PUGZ, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo [Signature], quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) [Signature] me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: dolor - ansiedad - post - punk
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

[Signature]  
Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación)  
Tipo y Número de Documento:

[Signature]  
Firma del medico  
15/04/2014

Nombre y Firma del Testigo  
Tipo y Número de Documento:

Fecha: / /

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



## EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

CODIGO: FOR/308/017-14

FECHA DE EMISIÓN: 30/04/2014

VERSION: 001

Nombre :		Fecha :							
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:			
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.									
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS									
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMI. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.									
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA									
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.									
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILIAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.									
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.									
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.									
HEPatico: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.									
ALERGIAS									
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.									
DROGAS:									
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES									
PREDICCIÓN INTUBACIÓN			OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA						
EXAMENES DE LABORATORIO									
ASA	1	2	3	4	5	6	U	PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN	ANESTESIÓLOGO
Índice de trauma									
RESERVA:								DIAGNOSTICO:	CODIGO:
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:									
Firma y C.C. _____									



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

CODIGO: FOR/308/016-14  
FECHA DE EMISION: 30/04/2014  
VERSION: 001

ESPECIALIDAD DE:

Yo, Dr. Anaela Baidon, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de D. V. B. B., actuando en nombre propio o como representante legal de Patricia Fernandina Baidon identificado con el documento de identidad 3828128 de D. V. B. B., en forma voluntaria consiento que él (la) Doctor (a):  
y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGIA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento (s):

La cual es realizada como tratamiento para el diagnostico:

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una ciencia exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s):

Nauseas y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Quemaduras, Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después; me encuentro satisfecho(a), de la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos:

Dr. Anaela Baidon

Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación)  
Documento:

Firma del medico

Nombre y Firma del Testigo  
Documento:

Fecha: / /

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

Yo, Diana Marcela Baudón Muñoz, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Patricia María Peñero identificado con el documento de identidad 38858198 de Buga, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): CORREA MARIN JESSICA y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K650 - PERITONITIS AGUDA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos sépticos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: FISTULA BILIAR, COLECCIONES RESIDUALRES, REINTERVENCIONES, ISO, LESIONES INTESTINALES

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

Diana Marcela Baudón Muñoz  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Documento: 31644440 Buga

Jessica Correa Marin  
Firma del Médico  
CORREA MARIN JESSICA  
CC # 1130604103  
Registro Médico # 73112110

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha: DD MM AAAA  
15/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA

Yo Stuvia Lorena Robinson Pizarro, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Buga actuando en nombre propio o como representante legal de Comercio Pizarro identificado con el documento de identidad 3888798 de Buga, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: URGENCIA VITAL. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K650 - PERITONITIS AGUDA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: URGENCIA VITAL

sea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos estésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: COLECCIONES RESIDUALES, REINTERVENCIONES, FISTULA BILIAR, INFECCIONES, LESIONES INTESTINALES, SANGRADO, MUERTE.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: URGENCIA VITAL

[Firma]  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)  
Documento: 31644440

[Firma]  
Firma del Médico  
GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO  
CC # 16747504  
Registro Médico # 76-0924

Nombre y Firma del Testigo  
Documento:

Fecha: DD MM AAAA  
19/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricia Muñoz Rengifo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38858198 de \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico J90X - DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos estésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

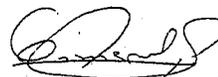
En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, LESION PULMONAR, VASCULAR Y NEUROLOGICA, SEPSIS HY MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA

Patricia Muñoz Rengifo

Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Documento: 31.644.440 Uya



Firma del Médico

ESMERAL LEAL MIGUEL

CC # 16450997

Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha: DD MM AAAA  
28/04/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Yo, Uriurana A. Mendoza, mayor de edad identificado con el documento de identidad 1115063041 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de PATRICIA MUÑOZ RENGIFO identificado con el documento de identidad 38858198 de Buga, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo SANDOVAL PAZ HAROLD ARNOLDO, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirurgico propuesto: 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA.

1. El(la) doctor(a) SANDOVAL PAZ HAROLD ARNOLDO me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazon de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: paro cardiaco muerte.
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizé la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarillo, o drogas ilícitas. Asi mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Patricia Muñoz R.

Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)

Tipo y Numero de Documento: 38858198

[Firma]

Firma del Medico

SANDOVAL PAZ HAROLD ARNOLDO

CC # 76314863

Registro Médico # 76-0537/97

Uriurana A. Mendoza

Nombre y Firma del Testigo

Tipo y Numero de Documento: 1115063041 Buga

Fecha: 07/05/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

Patricio Muñoz Zambrano  
38858198



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

**CODIGO: FOR/3217/002-17**

**FECHA DE EMISION: 24/11/2017**

**ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018**

**VERSION: 002**

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER  
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE**

**DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:**

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor Miguel Esmeid y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

- Esofagogastroduodenoscopia \_\_\_\_\_
- Ligadura de varices esofágicas \_\_\_\_\_
- Extracción de cuerpo extraño en esófago \_\_\_\_\_
- Polipectomía endoscópica gástrica \_\_\_\_\_
- Control Endoscópico de Sangrado Activo \_\_\_\_\_
- Gastrostomía Percutánea endoscópica

Bajo sedación Endovenosa SI  NO \_\_\_\_\_

Con anestesia local SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**¿COMO SE REALIZA?**

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

**¿QUE RIESGOS TIENE?**

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardíaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.
- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.
- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

#### ¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

#### ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año.

#### MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible): Patricia Muñoz Rengifo.  
Documento de identidad: 39268198  
FIRMA: \_\_\_\_\_  
ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO:  Viviana Andrea Mendez Sanchez  
Documento de identidad:  1115063041 B 092  
FIRMA:  \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor Miguel Esmeral he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento así como sus riesgos y alternativas.

Dr. Miguel Esmeral  
Caja Cost. Endoscopia Digestiva  
R.M. 16525  
San José  
FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

Acia Rodas

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA: 07-05-2018



CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA TRANSFUSIÓN DE  
PRODUCTOS SANGUÍNEOS

CODIGO: FOR/3211/010-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016

VERSION: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS  
SANGUÍNEOS

(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)

Yo Patricia María Pineda identificado (a) como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el médico

María Celia Zorche Sobre los objetivos del procedimiento denominado TRANSFUSIÓN la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este producto sanguíneo.

Ha sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean aplicadas 2 unidades de Glóbulos Rojos.

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi médico tratante lo ocurrido para que adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente X Apici Herrera Fecha 15/03/2018

C.C. o NIT. 38858198 115.094.420



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Yo, Simón Paredenis, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38853724 de 3.50, actuando en nombre propio o como representante legal de [ ] identificado con el documento de identidad [ ] de [ ] declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo LASSO LUIS FERNANDO, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirurgico propuesto: 3502 - Traqueostomía: .

1. El(la) doctor(a) LASSO LUIS FERNANDO me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazon de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.

2. En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: ALERG AS ARRITMIAS PARO CARDIACO MUERTE.

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestesico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizó la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.

5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.

6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarillo, o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, antiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

[Signature]

Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y /o relación)

Tipo y Numero de Documento: 38853724

[Signature]

Firma del Medico LASSO LUIS FERNANDO CC # 6430164

Registro Médico # 765442/2010

Nombre y Firma del Testigo

Fecha: DD MM 11/05/2018

Tipo y Numero de Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Simón Parra, mayor de edad identificado con el documento de identidad 8853721 de 30 años, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico J961 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía:

...usea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Delirio, ausencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO INFECCION, LESION DE VIA AEREA, SEPSIS Y MUERTYE,

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 3502 - Traqueostomía:

Simón Parra

Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y /o relación)

Documento: \_\_\_\_\_

Esmeral Leal Miguel

Firma del Medico  
ESMERAL LEAL MIGUEL  
CC # 16450997  
Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo

Documento: \_\_\_\_\_

Fecha: 11/05/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

Yo, KERIN VIVIANE MARTINEZ COSTA, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38876090 de BUGA, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): CORREA MARIN JESSICA y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: BAJO GUIA ECOGRAFICA. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K658 - OTRAS PERITONITIS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: BAJO GUIA ECOGRAFICA

Entre las complicaciones se encuentran: Fiebre, náusea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloidé), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, NEUMOTORAX, HEMOTORAX

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: BAJO GUIA ECOGRAFICA

KERIN V. MARTINEZ COSTA  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)

Documento: 38876090 Buga

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

Jessica Correa Marin  
Firma del Medico  
CORREA MARIN JESSICA  
CC # 1130604103  
Registro Médico # 73112110

Fecha: DD MM A AAA  
31/05/2018

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuniquenlo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.
- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.
- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

#### ¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

#### ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año.

#### MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible): ROSTENDA

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO: DIAGNOSTICO

Documento de identidad: 3154140

FIRMA: \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor J. Lopez H he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA: Julio 2018

*Patricia Muñoz Pezoso*  
*Diana Helena Maldonado*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

**CODIGO: FOR/3217/002-17**

**FECHA DE EMISION: 24/11/2017**

**ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018**

**VERSION: 002**

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER  
INFORMACIÓN ADICIONAL QUE DESEE**

**DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:**

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

*Documento protegido por políticas de seguridad de la información*

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor \_\_\_\_\_ y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

- Esofagogastroduodenoscopia \_\_\_\_\_
- Ligadura de varices esofágicas \_\_\_\_\_
- Extracción de cuerpo extraño en esófago \_\_\_\_\_
- Polipectomía endoscópica gástrica \_\_\_\_\_
- Control Endoscópico de Sangrado Activo \_\_\_\_\_
- Gastrostomía Percutánea endoscópica \_\_\_\_\_

Bajo sedación Endovenosa SI  NO \_\_\_\_\_

Con anestesia local SI \_\_\_\_\_ NO

**¿COMO SE REALIZA?**

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

**¿QUE RIESGOS TIENE?**

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

Patricia Muñoz Ranquifo  
38858198



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

**CODIGO: FOR/3217/002-17**

**FECHA DE EMISION: 24/11/2017**

**ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018**

**VERSION: 002**

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER  
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE**

**DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:**

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor JOSE LUIS OVALLE y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

- Esofagogastroduodenoscopia
- Ligadura de varices esofágicas
- Extracción de cuerpo extraño en esófago
- Polipectomía endoscópica gástrica
- Control Endoscópico de Sangrado Activo
- Gastrostomía Percutánea endoscópica

Bajo sedación Endovenosa SI  NO   
Con anestesia local SI  NO

**¿COMO SE REALIZA?**

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

**¿QUE RIESGOS TIENE?**

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.

- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

#### ¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

#### ¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año

#### MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible): Rostrado

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO: Gloria García et. y J. J. R. M.

Documento de identidad: 14.841.137+

FIRMA: Gloria García

#### DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor José Luis López he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA: José Luis López

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA: ACORODAS

FECHA: Junio 8/12



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Simón Padron, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38853724 de Zuga, actuando en nombre propio o como representante legal de \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico J961 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas. Anemia, Riesgos sépticos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Dolorofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, SEPSIS Y MUERTE, LESION DE VIA AEREA Y DIGESTIVA, NEUMOTORA X

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 3502 - Traqueostomía:

Simón Padron  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación) 38853724

Documento:

Firma del Medico  
ESMERAL LEAL MIGUEL  
CC # 16450997  
Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo

Fecha: DD MM AAAA  
08/06/2018

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**

**CODIGO: FOR/3211/015-14**

**FECHA DE EMISION: 04/03/2016**

**ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016**

**VERSION: 002**

Yo, Simón Barbozas, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38863724 de 3 años, actuando en nombre propio o como representante legal de La familia Muñoz Barbozas identificado con el documento de identidad \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo \_\_\_\_\_, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:  
\_\_\_\_\_
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. 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 o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación)  
Tipo y Número de Documento:

Simón Barbozas  
Nombre y Firma del Testigo  
Tipo y Número de Documento: 38863724

Firma del medico  
Dr. Fernando Pardo

Fecha: 08 / VI / 2018

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA TRANSFUSIÓN DE  
PRODUCTOS SANGUINEOS**

**CODIGO: FOR/3211/010-14**

**FECHA DE EMISIÓN: 30/04/2014**

**ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016**

**VERSION: 001**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS  
SANGUINEOS**

(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)

Yo Maria del Pilar Herrera Duran identificado (a) como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el médico David Hernández Sobre los objetivos del procedimiento denominado TRANSFUSIÓN la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este producto sanguíneo.

Ha sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean aplicadas 2 unidades de Globulos Rojos

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi medico tratante lo ocurrido para que adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente

Fecha

07/06/18

C.C. o NIT.

110084420

	<b>DESISTIMIENTO INFORMADO</b>	<b>CÓDIGO:FOR/2001/005-16</b>
		<b>FECHA EMISIÓN:12/08/2016</b>
		<b>ACTUALIZACIÓN:22/12/2017</b>
		<b>VERSIÓN:002</b>

Fecha 29/06/2018/ Hora 10+14 Documento de identidad de usuario \_\_\_\_\_

Procedimiento, actividad o tratamiento \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cedula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por medio de la presente constancia y en pleno uso de mis facultades mentales, **manifiesto que otorgo de manera libre y consciente desistimiento** para la realización del siguiente (s) procedimiento (s) y/o tratamiento (s):

1. Reanimación Cardio Cerebro Pulmonar
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN INCAPACIDA FISICA O MENTAL**

En caso de que el paciente no se encuentre en capacidad de suscribir el presente desistimiento, podrán hacer uso del desistimiento **EXCLUSIVAMENTE** los familiares en primer grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil además, deberán estar de acuerdo con la solicitud de desistimiento todos los familiares facultados por la ley para tomar la decisión que se circunscribe, en caso contrario, deberá aportarse pronunciamiento de Juez competente por medio del cual se faculte a otra persona para ejercer las facultades legales del paciente.

Yo, Diego Andrés Rodríguez Hernández, identificado con cedula de ciudadanía No. 31.644.240 de Buga, en **CALIDAD DE** (parentesco) hijo del Señor (a) Patricia Guzmán Peñaranda, por medio de la presente constancia y en pleno uso de mis facultades mentales y legales **manifiesto que desisto** del procedimiento (s) y/o tratamiento (s) que deban practicarse al paciente \_\_\_\_\_.

La razón por el cual desisto del procedimiento a realizar es de carácter:

Religioso  Étnico  Político  Cultural  Otro

Evidente Situación Médica en Deternad  
Constante

Manifiesto que entiendo y soy consciente que este procedimiento (s) y/o tratamiento (s) hace parte del manejo médico que requiero para mejorar mis condiciones de salud, que me han sido explicadas los riesgos, complicaciones y demás implicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante, me niego a la realización del mismo asumiendo la responsabilidad total de lo que se llegare a presentar en mi salud y eximo de responsabilidad absoluta a la Fundación Hospital San José de Buga, al médico (s) tratante y al cuerpo asistencial que hacen parte de mi tratamiento.

NOTA: Cuando se trate de un menor de edad, o que el paciente no esté en capacidad (física o mental) de otorgar el desistimiento, será quien ostente la potestad parental o la representación legal quien suscribirá el presente documento.

Nombre del paciente o responsable  
C.C. No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

[Firma]  
Firma del paciente o responsable  
Dirección: Calle 3 # 370  
Teléfono: 3163686410  
Correo electrónico: duna.blondors1@h

[Firma]  
Firma del profesional  
**David F. Hernández O.**  
C.C. 1.143.854.059  
Médico S S O  
PUJ Cali

1143854089  
Registro médico o tarjeta profesional

Firma del testigo  
C.C. No. \_\_\_\_\_



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricia Muñoz Bengito, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38858198 de [redacted], actuando en nombre propio o como representante legal de [redacted] identificado con el documento de identidad [redacted] de [redacted], en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): GERMAN ARANGO BOTERO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico D057 - OTROS CARCINOMAS IN SITU DE LA MAMA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

náusea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de éstas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a); me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: NEUMOTORAX, HEMORRAGIA, INFECCION, SEPSIS, MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

Patricia Muñoz Bengito  
Nombre y Firma del Paciente o representante legal(paréntesco y /o relación)

Documento: 38853724

German Arango Botero  
Firma del Médico  
GERMAN ARANGO BOTERO  
CC # 10254391  
Registro Médico # 16993

Nombre y Firma del Testigo  
Documento:

Fecha: 26/06/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.