



CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

VERSIÓN	5
VIGENCIA	Febrero 2019
CÓDIGO	F-CS-009 MD
PÁGINA	1 DE 2

SUCURSAL: Florencia FECHA: 30/04/2021 07:00 a. m.

NOMBRE USUARIO: RAUL MIRANDA SANCHEZ
EDAD: 46 Años 07 Meses 22 Dias **HISTORIA CLÍNICA No:** 17674587
UNIDAD FUNCIONAL: CONSULTA EXTERNA FLORENCIA
DIAGNOSTICO: DOLOR ABDOMINAL

1. ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE:

☒ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

COOMORBILIDADES ASOCIADAS AL ESTADO DE SALUD:

La información que le vamos a suministrar a continuación está relacionada con su estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos que puede recibir.

2. INFORMACION SOBRE PROCEDIMIENTO:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A REALIZAR:

COLONOSCOPIA

OBJETIVO Y DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (en qué consiste y cómo se realiza):

El objetivo de la colonoscopia es detectar posibles anomalías en las paredes del intestino grueso, el recto o el íleon, producidas por enfermedades. El examen se realiza mediante un instrumento llamado COLONOSCOPIO que está formado por un tubo largo y fino que incorpora una cámara y luz propia. El cual realizamos con todas las medidas de bioseguridad según los protocolos del ministerio de salud, ante la pandemia del COVID 19.

3. OTRAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

☐ SI ☒ NO

CUALES: NINGUNO

4. RIESGOS – BENEFICIOS PROPIOS DEL PACIENTE CON Y SIN EL PROCEDIMIENTO (Explique al paciente los riesgos-beneficios específicos de acuerdo con su estado de salud y con las condiciones propias, antecedentes, comorbilidades, etc.)

Sangrado, perforación, necesidad de intervención quirúrgica, bronco aspiración, muerte ,sepsis, requerimiento de UCI ,ventilación mecánica y riesgo de re intervención por mala preparación.

5. RIESGOS – BENEFICIOS ANESTESICOS (Explique al paciente los riesgos-beneficios específicos de acuerdo con su estado de salud y con las condiciones propias, antecedentes, comorbilidades, etc.)

Arritmia cardíaca, hipotensión, shock anafiláctico, dolor neurótico, cefalea, Alteraciones Neurológicas, muerte súbita y demás complicaciones descritas en la literatura médica.

6. PRONOSTICO (Explique al paciente el pronóstico con y sin el procedimiento diagnóstico o terapéutico)

Procedimiento solicitado por especialista tratante

7. OBTENCIÓN DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE:

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente mi estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos para mi atención. También manifiesto que me han sido aclaradas todas mis dudas y me han explicado los posibles riesgos y complicaciones del procedimiento a realizar. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo solicitar la revocación de este consentimiento.

☒ SI ☐ NO

Expreso mi decisión libre y voluntaria: para que me efectúen el procedimiento descrito anteriormente y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

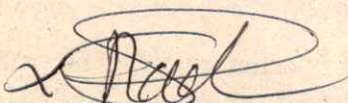
☐ NO

Aun habiendo comprendido, **manifiesto abiertamente mi deseo voluntario de desistir de este procedimiento.**

Dejo constancia de que he sido informado, que la Clínica Medilaser es un centro de práctica docente, por lo cual en mi proceso de atención puede llegar a participar personal en formación, **bajo la estricta supervisión y vigilancia de mi médico tratante, que actúa Como docente.** Ante lo cual manifiesto que SI ☒ NO ☐ ACEPTO, mi atención en estos términos.

Acepto que la **información** correspondiente a mi historia clínica, sea utilizada en **estudios de investigación.** Los datos que sean obtenidos en el estudio, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, guardando total reserva de mi identidad, SI ☒ NO ☐ ACEPTO.

Nota: En caso que la paciente presente incapacidad física, mental o sea menor de edad, que le impida tomar la decisión sobre el procedimiento a seguir, esta decisión será tomada por el familiar responsable del paciente en primer grado de consanguinidad o primer grado de afinidad.

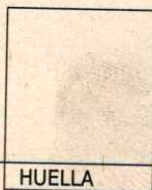


Firma del Paciente o Responsable

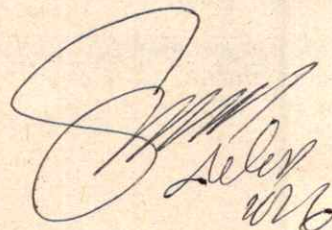
Nombre:

No. De identidad:

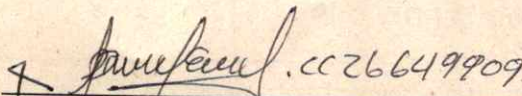
17.674 587



HUELLA



Dr. Jaime Giovanni Muñoz Cerón
Gastroenterología Clínica - Quirúrgica
Universidad de Caldas
C.C. 83.041.387



Firma del testigo

Nombre:

C.C:

.cc 26649909



HUELLA

Firma del Médico

Nombre: JAIME GIOVANNI MUÑOZ CERON

Registro No: 83041387

SUCURSAL: Florencia

INFORMACION PACIENTE

Nombre: raul mirando sánchez Edad: 46 años Fecha: 30-04-11 No. Clínica: 17674587

Dx:

colonoscopia

CAMA	SEXO	UNIDAD FUNCIONAL	ASEGURADOR	CIRUGIA
	<input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	<u>Gastroenterología</u>	<u>mea EPS</u>	<u>colonoscopia</u>

1. APARATO RESPIRATORIO

- ☐ Apnea del sueño (roncador) ☐ Alérgico _____
- ☐ Asma/bronquitis _____
- ☐ Fumador/Epoc ☐ Otro _____
- ☐ Tos productiva _____
- ☐ Dificultad para deglutir _____

3. GASTROINTESTINAL

- ☐ Pérdida de Peso ☐ Otro _____
- ☐ Úlcera - Sangrado _____
- ☐ Obstrucción intestinal _____
- ☐ Hepatitis /ictericia _____
- ☐ Cirrosis _____
- ☐ Hernia hiatal / reflujo _____

5. APARATO NEUROMUSCULAR/ESQUELETICO

- ☐ Artritis ☐ Otro _____
- ☐ Debilidad muscular _____
- ☐ ACV/apoplejia/TIA Derrame _____
- ☐ Parestesias - Parálisis _____
- ☐ Cefalea _____

2. CÁRDIOVASCULAR

- ☐ Colesterol Alto ☐ Otro _____
- ☐ Desmayos _____
- ☒ Valvulopatías ☐ Despacio ☐ Rapido
- ☐ Sube ☐ EKG anormal
- ☐ Disnea / duerme cabecera _____
- ☐ Angina / infarto / soplo _____
- ☐ Hipertensión _____
- ☐ Palpitaciones _____

4. RENAL / ENDOCRINO

- ☐ Obeso ☐ Otro _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Insuficiencia renal _____
- ☐ Retención urinaria _____
- ☐ Enfermedad de tiroides Exaltamos/Calambres/Fatiga/intolerancia frío - calor
- ☐ Embarazo _____

6. SANGRE

- ☐ Anemia ☐ Hemofilia ☐ Morados ☐ Sangrado
- ☐ Malaria ☐ Trasfusiones Tipo _____ RH _____

ANESTESIAS PREVIAS

Regional ☐ General ☐

Complicaciones: NVPO

- * Mallampati: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
- * Puentes _____
- * Abertura de la boca _____ cm
- * Cajas _____
- * Intubación Previa Difícil
- * Fojos _____

MEDICAMENTOS

- ☐ Sedantes ☐ Adicciones
- ☐ Corticosteroides ☐ Aspirina ☐ Warfarina ☐ Heparina

Drogas para corazón, Tensión y otros Medicamentos _____

Antecedentes Familiares Importantes

- ☐ Cardio Patías ☐ Otro _____
- ☐ Diabetes _____
- ☐ Alteraciones Hematológicas _____

EXPLORACIÓN FÍSICA TA: FC: _____ FR: _____

Peso _____ IMC _____

S.N.C _____

Pupilas _____

R.S.C.S. _____

R.S.R.S. _____

ABDOMEN _____

ASA II ☐ URG. ☐ ELECTIVA

LABORATORIO

Reserva de Sangre _____ Hb _____ Hcto _____ TP _____ TPT _____ Glicemia _____ Bun _____ Cr _____ Embarazo _____

EKG _____ RX TORAX _____

FIRMA ANESTESIOLOGO

VERIFICAR: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Calo Henao

DIAG. PREOPERATORIO	HORA INICIO ANESTESIA	HORA INICIO CIRUGIA	HORA TERMINA CIRUGIA	HORA TERMINA ANESTESIA	DURACION
2/04/24	08:15	07:45	09:30		
ECG					
PVC					
ECG					
SPO2					
O2					
N2 O - Aire					
Agente					
HORA					

TÉCNICA ANESTÉSICA REGIONAL

Perid ☐ Aguja No. Cantidad
 Raquí ☐ Sitio Punc Concentra
 Caudal ☐ Nivel Dosis Única
 Local ☐ Agente Continua

TÉCNICA ANESTÉSICA GENERAL

INDUCCIÓN ☐ EV ☐ RAPIDO ☐ Dosis Total
 1. Pauline
 2. propofol
 3. 5%
 4. 100% + 50%
 5. 1
 6. 1
 7. 1
 8. 1
 9. 1
 10. 1
 11. 1

ADMINISTRADOS	ELIMINADOS	VIA AÉREA
Crist <u> </u> m/Ayuno <u> </u> ml		Intubación <u>OT</u> <u>NT</u>
Color <u> </u> m/Diuresis <u> </u> ml		Facil <u> </u> <u> </u>
Sang <u> </u> m/Sangrado <u> </u> ml		Com <u> </u> <u> </u>
Otros <u> </u> m/Requet <u> </u> ml		Tubo No. <u> </u>
Suma <u> </u> Total <u> </u>		Mascara L No. <u> </u>
Balance de Líquidos <u> </u>		Mascara Facial <u> </u>
RECUPERACIÓN POST - ANESTÉSICA		OT NT
ACTIVIDAD MUSCULAR	* Mov. Volun. (4 estro) 2 * Mov. Volun. (2 estro) 1	15' 30' 60' Al salir
RESPIRACIÓN	* Resp. amplia tose 2 * Resp. Lida, tos debil 1	
CIRCULACIÓN	* T.A 20% cifra control 2 * T.A 20 - 50 % cifra control 1 * T.A 50 % cifra control 0	
ESTADO DE CONCIENCIA	* Completamente despierto 2 * Responde al ser llamado 1 * No responde 0	
COLOREACIÓN MUCOSAS	* Mucosas sonrosadas 2 * Pálidas 1	

OBSERVACIONES Y/O COMPLICACIONES:

Firma Anestesiólogo Firma enfermera o auxiliar