

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCÉDIMENTOS ENDOSCÓPICOS EN GASTROENTEROLOGÍA	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	25/05/2023	
		Código:	07-00-FO-0036	

IDENTIFICACIÓN

Fecha: ABRIL - 04 - 2024
 Paciente: LUZ STELLA TIBARDO DONZA Historia clínica: _____
 Edad 67 Fecha de nacimiento: 18-03-57 Sexo: F Etnia: OTRO Credo: OTRO
 Tipo de documento de identificación CC Número 35323857
 Subred Suroccidente Unidad: Kennedy Servicio: GASTROENTEROLOGIA

INFORMACIÓN

Yo LUZ STELLA TIBARDO DONZA, mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 35 323 857 de BOGOTÁ actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____, con documento de identidad N° _____ de _____, por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor GARZON me ha explicado la necesidad de practicar el (los) siguiente(s) procedimiento endoscópico(s):

Esofagogastroduodenoscopia Colonoscopia total _____
 Polipéctomía endoscópica _____ Gastrostomía endoscópica _____

Justificado en el (los) siguiente(s) diagnóstico(s):

Me ha explicado que los procedimientos endoscópicos mediante la introducción de un tubo flexible con un lente a través de un orificio natural (boca o ano) permiten la observación directa de una cavidad (esófago, estómago, intestino delgado o grueso) para diagnosticar enfermedades del tubo digestivo o realizar tratamientos de patología digestivas. En mi caso (o de mi acudido) el procedimiento consiste en

Dependiendo de las características de la intervención existe mayor o menor posibilidad de complicaciones, pero por lo general los procedimientos diagnósticos del tracto digestivo superior, son seguros y sus complicaciones aparecen en menos de 1 de cada 1000 realizados. Se pueden presentar complicaciones en dilataciones, polipectomías y esclerosis, entre otras. Para las colonoscopias las complicaciones más frecuentes son dolor abdominal, perforación y hemorragia, que son graves en menos del 0.5 % de los casos. La polipectomía, que es el retiro de pólipo, o tumor benigno o maligno del estómago o del colon, por ser un procedimiento invasivo, aumenta los riesgos, particularmente de sangrado y perforación. Las gastrostomías endoscópicas son procedimientos invasivos necesarios para garantizar una vía de alimentación en pacientes en quienes por alguna razón no pueden manejar el mecanismo de la deglución y se requiere mantener una alimentación adecuada y suficiente.

Me han informado que en caso de presentarse alguna complicación o situación inadvertida se tendrá que llevarse a cabo para mi beneficio una conducta médica distinta a la inicialmente propuesta.

También me han advertido que pueden presentarse complicaciones graves que pueden llegar hasta la muerte, relacionadas con la edad, el estado de salud previo, la complejidad y la duración de la intervención quirúrgica, o del mismo procedimiento endoscópico. Además, me han informado que la Subred Integrada de Servicios de

Documento con propiedad intelectual, para uso de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. Puede utilizarse total o parcialmente mencionando la fuente.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS EN GASTROENTEROLOGÍA	Versión:	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	25/05/2023	
		Código:	07-00-FO-0036	

Salud Suroccidente E.S.E implementa programas para detectar, prevenir y reducir los riesgos de adquirir enfermedades asociadas a la prestación de servicios de salud.

Adicionalmente, me ha informado que en la institución en que voy (va) a ser atendido(a) participa personal en formación que coopera en la atención bajo la responsabilidad y supervisión directa y presencial del profesional, y que el hospital realiza investigaciones científicas, entre las cuales están las denominadas "sin riesgo" por la resolución 8430 de 1993, y que se basan en la revisión de las historias clínicas, las cuales pueden ser tomadas para estudio si el presente consentimiento ha sido firmado. En tal caso la institución como el investigador garantizan la confidencialidad del contenido de la historia clínica y el secreto de la identidad del paciente. Otro tipo de investigaciones requerirán un consentimiento individual y específico.

Claramente se me ha advertido que el presente consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento de la hospitalización.

CONSENTIMIENTO O DISSENTIMIENTO

Doy constancia de que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. He entendido que, aunque el desenlace no puede garantizarse, el equipo de salud se compromete a poner todo su saber, experiencia y criterio, sumado a la tecnología disponible en la institución para obtener el mejor de los resultados.

Expuesto lo anterior CONSIENTO NO CONSIENTO la realización de la intervención indicada.

CONSIENTO NO CONSIENTO que los datos de la historia clínica sean utilizados en investigaciones de carácter científico en las condiciones en que me fueron explicadas.

PACIENTE

Firma LUZ STELLA TIBARCO
Nombre LUZ STELLA TIBARCO
CC. N° 35 323 857

O REPRESENTANTE LEGAL

Firma _____
Nombre _____
CC. N° _____

PROFESIONAL DE SALUD

Hago constar que el paciente entendió las explicaciones y resolvió las dudas respecto de su procedimiento.

Firma: [Firma]
Nombre Dra. Diana Carolina Garzon Nossli
Registro profesional. N° 19.062
Especialista Gastroenterólogo

USO DE HUELLA DACTILAR POR ANALFABETISMO O INVIDENCIA: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

PACIENTE

Nombre _____
CC. N° _____

ACUDIENTE O TESTIGO

Firma _____
Nombre _____