

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS

Solicito que el Dr. _____ me haga los siguientes procedimientos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Endoscopia superior / Biopsia | <input type="checkbox"/> Colonoscopia / Biopsia / Polipectomia |
| <input type="checkbox"/> Endoscopia superior / Dilatacion esofagica | <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia flexible / Biopsia |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Entiendo y voluntariamente doy mi consentimiento para lo siguiente:

- Las operaciones o los procedimientos que actualmente se desconoce que podrían ser realizados que son diferentes o adicionales a los planificados en el caso de que el médico, sus asociados o asistentes los consideren recomendables o necesarios.
- Doy mi consentimiento para la administración de sedación/anestesia moderada o profunda (por vía oral o a través de una aguja colocada en una vena en el brazo o la mano) según el médico, anestesista enfermero registrado certificado y/o enfermero registrado bajo la supervisión del médico consideren necesaria o recomendable. Entiendo las alternativas, los riesgos involucrados y las posibles complicaciones de la sedación.
 - La sedación moderada es una depresión de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes pueden responder deliberadamente a comandos verbales, ya sea por sí solos o por estimulación táctil leve. Durante todo el procedimiento se mantienen la función cardiovascular y la respiración espontánea.
 - La sedación profunda es una depresión de la conciencia inducida por medicamentos durante la cual los pacientes no se pueden despertar fácilmente, pero responden deliberadamente después de una estimulación repetida o dolorosa. Se mantiene la función cardiovascular, pero los pacientes podrían necesitar asistencia para mantener abiertas las vías respiratorias durante el procedimiento.
- Los dientes que estén en malas condiciones y las prótesis dentales podrían aflojarse, romperse o desprenderse durante la endoscopia o durante los procedimientos protectores relacionados con el anestésico. Aunque se haga todo lo posible para proteger los dientes, dicho daño es un riesgo reconocido de la endoscopia. Gastroenterology Associates of the Piedmont no aceptará la responsabilidad por daño a los dientes o a las prótesis dentales.
- Un patólogo podrá revisar cualquier tejido que se extirpe durante mis procedimientos.
- Pueden tomarse fotografías o video según el médico lo considere recomendable o necesario.
- Durante el procedimiento pueden estar presentes médicos en capacitación y participar en los procedimientos.
- El adulto que me acompañe puede recibir mis instrucciones para el alta.
- No beberé alcohol, no tomaré tranquilizantes ni sedantes, ni conduciré/operaré maquinaria durante ocho horas después de que me den el alta de los procedimientos.
- Gastroenterology Associates of the Piedmont no cumplirá las Instrucciones médicas anticipadas ni una orden de no resucitar.
- La endoscopia gastrointestinal usualmente es una forma segura y efectiva de examinar el tracto digestivo. No tiene una precisión del 100% en el diagnóstico. Nadie me ha dado garantía alguna en cuanto al resultado de los procedimientos. Hay otras opciones disponibles que incluyen (pero no se limitan a) los estudios radiológicos, operación quirúrgica y tratamiento médico. Un médico de GAP con gusto hablará con usted sobre estas alternativas.
- Se me explicó la naturaleza y el propósito de los procedimientos, junto con los riesgos y las complicaciones potenciales. Se han respondido todas mis preguntas a mi entera satisfacción y creo que tengo suficiente conocimiento como para dar mi consentimiento informado para los procedimientos propuestos.

Firma del paciente (o de la persona autorizada para dar el consentimiento): _____

Relación: Paciente Otro: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____ a. m./p. m.

Médico: _____, MD