

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE GASTROENTEROLOGÍA



DATOS DEL PACIENTE

Nombres : _____ Apellidos : _____
Edad : _____ Documento de identidad : C.C. C.E. T.I. Otro Número : _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O RESPONSABLE DEL PACIENTE

No aplica

Nombres : _____ Apellidos : _____
Edad : _____ Documento de identidad : C.C. C.E. T.I. Otro Número : _____
Vínculo o parentesco : _____ Causal de representación : Menor de edad Falta de capacidad cognitiva
Estado de inconsciencia Otro Cual : _____

PROCEDIMIENTO

Solicitante : _____ Diagnóstico : _____
Indicación : _____
Procedimiento a realizar: _____ Requiere sedación : Si No Requiere anestesia : Si No

CONSTANCIA DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA PREVIAMENTE

En calidad de paciente () y/o como responsable del cuidado y la salud del paciente () manifiesto que:

- Sí fui informado(a) por el médico solicitante sobre la indicación y necesidad de practicarme el procedimiento programado.
- Sí fui informado(a) de manera verbal y recibí información por escrito sobre la naturaleza y los objetivos de dicho procedimiento, sobre sus beneficios, sobre los riesgos o complicaciones que se pueden materializar en su práctica pese a emplearse una buena praxis médica y tomarse todas las medidas de seguridad y calidad.
- Sí fui informado(a) de manera verbal y recibí información por escrito frente que en caso de presentarse los riesgos que me fueron informados, se requerirá la realización de tratamientos o procedimientos médicos adicionales que serán informados en su oportunidad.
- Sí fui informado(a) de manera verbal y recibí información por escrito sobre la preparación previa para el procedimiento, sobre los cuidados e indicaciones posteriores, sobre los signos de alarma, y sobre la conducta a seguir si éstos se presentan.
- Sí he sido informado(a) sobre la posibilidad de no aceptar la realización del procedimiento.
- Sí comuniqué de manera veraz y completa mis antecedentes personales y cumplí todas las indicaciones previamente informadas.
- Sí tuve la oportunidad de preguntar y resolver dudas respecto del procedimiento y demás situaciones de interés.

ACEPTACIÓN Y/O AUTORIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

De esta forma, siendo conocedor(a), consciente, e informado(a) suficientemente sobre los puntos antes mencionados, autorizo () o rechazo () libre y voluntariamente la realización del procedimiento en mención por parte del médico _____ en calidad de especialista () o residente () bajo supervisión docente del médico especialista _____ (por tratarse de una institución donde se lleven a cabo prácticas universitarias).

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN INVESTIGACIÓN MÉDICA Y PARA EL USO, PUBLICACIÓN Y/O DIFUSIÓN DE IMÁGENES

Adicional a mi manifestación frente a la autorización del procedimiento, me permito indicar que:

- Si () No () autorizo que en la realización del procedimiento se tomen fotografías, vídeos o cualquier tipo de grabación para estudios o investigaciones médicas.
- Si () No () autorizo la publicación de estas imágenes en medios impresos y digitales con fines académicos, testimoniales de evidencia, o publicitarios, siempre y cuando mi identidad se mantenga en secreto, sin que tenga derecho a reconocimiento económico alguno por ello.
- Si () No () autorizo que durante el procedimiento, adicional al profesional encargado, estén presentes observadores por razones académicas o técnicas.

Nota: Si usted no autoriza cualquiera de los anteriores puntos, dicha manifestación no interfiere con la realización del procedimiento. En caso de autorización, el profesional de la salud que realiza el procedimiento no asume ningún tipo de responsabilidades (judicial, extrajudicial o administrativa) por el uso indebido de las imágenes por parte de terceros.

Como constancia de todo lo anterior, en la ciudad de _____, a los ____ días del mes de _____ de _____, firmamos:

Nombre del paciente y/o Rep. Legal :

Doc. de identidad :

Nota: esta autorización debe ser firmada sólo en caso de que usted haya recibido información verbal y escrita. Si tiene dudas, puede consultar y preguntar al profesional que va a realizar el procedimiento.

Nombre del Testigo :

Doc. de identidad :

Nombre del Gastroenterólogo :

Registro Médico :

Nombre del Residente :

Registro Médico :