

## Carta de consentimiento bajo información para Colonoscopia

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Particular  Hospitalizado  Aseguradora  Cuál: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Con domicilio en: \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Diagnóstico inicial: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal, familiar o allegado: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Para que exclusivamente reciba información sobre mi estado de salud, diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico. Y en tales condiciones,

### CONSIENTO

1. Yo \_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_, consiento que el (la) Dr. (Dra.) \_\_\_\_\_ y su equipo realicen una COLONOSCOPIA, durante la cual es posible que sea necesario tomar biopsias o muestras de tejido para diagnóstico al microscopio, dilatar zona estrechas, cortar y extraer pólipos, colocar prótesis a través de una zona estrecha o tratar vasos sanguíneos o tejido con inyección para el control de la hemorragia.

2. Entiendo que este procedimiento consiste en pasar a través del conducto ano-rectal un aparato llamado colonoscopio, con el cual se observa dentro del recto, colon y en ocasiones la parte terminal del intestino delgado llamado íleon. Dependiendo de los hallazgos del estudio se pueden obtener muestras de tejido llamadas biopsias para completar el diagnóstico de las enfermedades; puede ser necesario inyectar sustancias o utilizar sondas de coagulación que transmiten corriente eléctrica para el control de las hemorragias, así como la extirpación de tumores benignos llamados pólipos. En las estrecheces se puede realizar dilatación con balón o colocación de prótesis formando un puente para la salida de materia fecal en caso de obstrucción. La colonoscopia se realiza bajo sedación anestésica, durante la que se pueden administrar medicamentos que disminuyan el dolor. Entiendo que por los efectos de la anestesia necesito ir acompañado de un familiar y no podré manejar autos o maquinaria por algunas horas posteriores al procedimiento

3. Se me explicó que para la realización de este procedimiento es indispensable que tenga una adecuada limpieza intestinal, por lo que se me indicó la administración de ciertos medicamentos laxantes así como una dieta líquida el día previo al estudio y un ayuno mínimo de 8 horas. Ciertos medicamentos, como los antihipertensivos, puedo tomarlos a la hora indicada el día del procedimiento y que es necesario informar al personal médico y de enfermería acerca de los medicamentos que se me han prescrito ya que algunos de ellos (como la aspirina) tienen ciertas restricciones.

4. Comprendo las razones por las que se me practicará el estudio, las cuales me han sido adecuadamente explicadas por mi médico tratante, a quien puedo acudir en caso de tener alguna duda acerca de la preparación o del procedimiento mismo. Asimismo, he tenido la oportunidad de realizar las preguntas necesarias antes de firmar este consentimiento.

5. Entiendo que todo procedimiento endoscópico está sujeto a riesgos. Estos incluyen riesgos propios del estudio como de la anestesia. Los medicamentos administrados pueden causar irritación local o reacción alérgica aún sin antecedente alérgico. Durante la realización del estudio puede ocurrir hemorragia, desgarro o perforación del colon. Sin embargo, esto sucede en el 1% de los casos. De ocurrir estas complicaciones puede requerirse cirugía, hospitalización o transfusiones sanguíneas. Posterior al estudio puede presentarse dolor abdominal leve y distensión abdominal, los cuales generalmente son pasajeros y pueden tratarse con medicamentos. Otros riesgos aunque raros, pero serios o potencialmente fatales incluyen: dificultad para respirar, infarto cardíaco y accidente cerebral vascular. La muerte por el procedimiento puede ocurrir en 1 de cada 10,000 casos. También existe la posibilidad de que el procedimiento no sea exitoso debido a una preparación intestinal deficiente o limitaciones anatómicas para pasar ángulos propios del colon.

6. Entiendo que no hay garantías en cuanto a los resultados de este procedimiento. Se han discutido las alternativas y pueden incluir estudios de radiología como el Colon por Enema y la Colonoscopia Virtual mediante Tomografía Axial Computarizada. Entiendo que esas opciones tienen sus propias limitaciones y beneficios.

7. He leído y entendido completamente este consentimiento. Comprendo que no debo firmar si alguna de mis preguntas no ha sido respondidas a mi satisfacción o no comprendo alguna de las palabras o términos usados en este formato. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA EN CUANTO A LOS RIESGOS O PELIGROS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTOS, PREGUNTE A SU MÉDICO AHORA, ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO. NO FIRME A MENOS QUE LO HAYA LEÍDO Y ENTENDIDO COMPLETAMENTE.

Me reservo expresamente el derecho de revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento se realice.

Se me informa y acepto, que debido a las fallas técnicas que pudieran existir, no se hacen responsables en la grabación de la USB.

---

Nombre y firma del Médico Endoscopista

---

Nombre y firma del Paciente

---

Nombre y firma del Testigo (1)

---

Nombre y firma del Testigo (2)