


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>Endoscopia Digestiva Alta</b>	FL-END-02
		Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(Representante legal o familiar)**

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO O CAUSAL DE LA SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO EN EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## INFORMACION GENERAL

- La Endoscopia Digestiva Alta consiste en la exploración del esófago estómago y duodeno mediante una sonda flexible.
- Se usa analgésicos y sedantes inyectables para disminuir las molestias ocasionadas por el procedimiento.
- Puede ser necesario tomar biopsia o un test de ureasa exámenes diferidos que tendrán un costo adicional.
- Todas esas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.
- También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.
- He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.
- También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
- Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.
- Y en tales condiciones.

## OBJETIVO

Explorar el esófago, estómago y duodeno mediante una sonda flexible que es introducida por la boca.

## EN QUE CONSISTE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- Se aplica lidocaína spray al 10% en orofaringe, solicitando al paciente que realice gárgaras por unos segundos (app.5 minutos) y que posteriormente la trague.
- El paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo, se le instala una boquilla con elástico (en lo posible), y sabanilla o papel absorbente bajo la pera para absorber secreciones que puedan salir por la boca.
- Una vez finalizado el procedimiento, proceder acomodar al paciente, según sedación administrada, se traslada a sala de recuperación, que se encuentra al lado del pabellón de endoscopia por un período aproximado de 45-60 min.

## RIESGOS DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

- Existe la posibilidad de complicaciones, como por ejemplo: alergia a los medicamentos, inflamación venosa por inyectable, sangramiento o perforación del intestino.
- En caso de alguna complicación es posible que se requiera observación o tratamiento hospitalizado, los costos de esas complicaciones serán con cargo al sistema de salud del paciente.

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


Me ha informado también sobre las posibles alternativas a este tratamiento, aclarándome que hoy día no existen alternativas a la realización de este procedimiento con mejor perfil de eficacia y seguridad para mi enfermedad o riesgo concretos.

Además me ha aclarado que el procedimiento no está exento de riesgos y me ha explicado cuáles son tales riesgos.

Asimismo me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo raza, profesión, credo religioso, etc.) existen los siguientes riesgos adicionales: (rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

## RIESGOS PERSONALIZADOS

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p><b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p><b>Endoscopia Digestiva Alta</b></p>	<p>FL- END- 02</p>
		<p>Rev. 03</p>

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, quien le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

**REVOCAACION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_