

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTOS EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Yo, D/Dña: _____

- como paciente
 como representante

Paciente	Historia	Habitación
_____	_____	_____
Nombre Paciente:		
Dr:		
C.I.A.:		
Planta:		
F. Ingreso:F. Nacimiento:		

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A**, en virtud de los derechos que marca la **LEY GENERAL DE SANIDAD**, y, en consecuencia,

AUTORIZO a Dr./a/es/ _____

para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado

_____ y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos como terapéuticos (POLIPECTOMÍA, DILATACIÓN, ESCLEROSIS, ELECTRO, TERMO O FOTOCOAGULACIÓN, COLOCACIÓN DE BANDAS ELÁSTICAS, PRÓTESIS O SONDAS) que sean aconsejables durante la misma.

Consiento la administración de medicación sedante o de otro tipo (en inyección), que sea necesaria o aconsejable para la realización de la endoscopia.

Se me han explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración que incluyen distensión del abdomen, dolor, hipotensión, flebitis y reacciones alérgicas (si es conveniente administrar medicación en inyección), impactación instrumental, infección, aspiración bronquial, hemorragia, perforación, pancreatitis y parada cardio-respiratoria.

Alguna de estas complicaciones puede requerir una intervención quirúrgica.

No se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento

_____ He tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr/Dra.

_____ Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado (beneficios, riesgos y alternativas) y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me practique el procedimiento endoscópico:

_____ Entiendo que este documento puede ser **REVOCADO** por mi en cualquier momento, antes de realizar el procedimiento.

Y, para que conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

_____, a _____ de _____ de 2 _____

Firma del paciente o representante legal (DNI)

Dr./Dra (nº colegiado)

