

**CENTRO MEDICO ENDOCENTRO LTDA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

PARA BALON GASTRICO

(otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Fecha: _____

Paciente: _____

Edad: _____

Documento de identidad: _____

Procedencia: _____

H.C. _____

Institución:

Yo _____ con C.C. No.
_____ de _____

Por la presente hago constar que he recibido, por parte del señor Doctor: _____,

La información completa respecto al método de implantación del balón Intragastrico BioEnteris, como ayudante para el manejo de la obesidad. Se que su resultado depende en gran medida del cambio de estilo de vida, alimentación y ejercicio, que lograre, ayudado por el efecto del balón en mi estomago.

Estoy consciente de la naturaleza y consecuencias de la implantación del balón intragastrico, del efecto que tendrá cuando este colocado dentro de mi estomago, así como de los riesgos y complicaciones que pueden ocurrir, y me comprometo a asumir los costos que dichos eventos puedan tener.

Autorizo a que se me administren los medicamentos necesarios para la colocación y extracción del balón, y sé que puede ser necesario, además de la anestesia local, el uso de anestesia general para dichos procedimientos, con los riesgos que eso conlleva.

Me comprometo a seguir las indicaciones del grupo medico que colocará el Balón Intragastrico BioEnteris relacionadas con la alimentación y actividad física, así como los medicamentos que sean necesarios para mi caso personal.

Certifico que he leído y entendido perfectamente este documento y por ello doy mi consentimiento informado para la colocación y extracción del Balón Intragastrico BioEnteris.

PACIENTE

TESTIGO

MEDICO