

**CENTRO MEDICO ENDOCENTRO LTDA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**PARA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA**  
**(Otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

**EDAD** \_\_\_\_\_ **CEDULA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**DECLARO QUE EL DOCTOR** \_\_\_\_\_

(Nombre del medico que proporciona la información), Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una endoscopia de Vías Digestivas Altas o Esofagogastroduodenoscopia. (EGD)

1. La EGD diagnostica, es un procedimiento endoscópico cuyo propósito es la visualización de la pared del tracto digestivo superior (esófago, estomago y duodeno), con la finalidad de poder diagnosticar las diferentes enfermedades que afectan el aparato digestivo superior.
2. El procedimiento siempre con indicación del medico tratante, y la utilización de anestesia tópica con el fin de disminuir la sensación mucosa al introducir el endoscopio en la cavidad oral. También se me ha informado de los posibles riesgos de la anestesia tópica.
3. La prueba se realiza, con un ayuno previo mayor de 6 horas, habitualmente, con el paciente acostado sobre su lado izquierdo y tras la introducción oral del endoscopio (a través de un protector bucal), se visualiza el esófago, estomago y duodeno. En el mismo acto, si el especialista lo considera necesario, pueden tomarse muestras del tejido (biopsias) para su estudio.
4. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse nauseas, y vomito, infrecuentemente (menos del 0.05%), efectos indeseables como hemorragia, perforación, infección, aspiración hipotensión, o excepcionales como arritmias o paro cardiorrespiratorio, accidente cerebro vascular y subluxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento medico o quirúrgico incluyendo un riesgo de mortalidad.
5. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente y me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis dentales, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
6. Adicionalmente el medico me ha informado que aunque la técnica endoscópica sea adecuada y los equipos endoscópicos cuenten con la tecnología necesaria, es posible no diagnosticar lesiones pequeñas que puedan tener significancia clínica.
7. He anotado la presencia o ausencia de las siguientes enfermedades y condiciones que pueden incrementar los riesgos del procedimiento o requerir de medidas adicionales con la finalidad de disminuir el riesgo de complicaciones o aumentar la capacidad diagnóstica del examen que se me realizará.

- |  | <b>SI</b> | <b>NO</b> |
|--|-----------|-----------|
| ● Me encuentro en ayuno igual o superior a 6 hs.   | ( )       | ( )       |
| ● He consumido alcohol o sustancias psicoactivas dentro de las 24 hs previas a este procedimiento. | ( )       | ( )       |
| ● Consumo medicamentos como aspirina, ibuprofeno Naproxeno o diclofenaco.                          | ( )       | ( )       |
| ● Consumo anticoagulantes como Warfarina o me aplico heparina de cualquier tipo .                  | ( )       | ( )       |
| ● Hay antecedente de cáncer gástrico en familiares de primer grado.                                | ( )       | ( )       |

Informo que se que padezco alguna o algunas de las siguientes enfermedades

- |                                |     |     |
|--------------------------------|-----|-----|
| ● Enfermedad valvular cardiaca | ( ) | ( ) |
| ● Reemplazo valvular cardiaco  | ( ) | ( ) |
| ● Diabetes                     | ( ) | ( ) |
| ● Cirrosis hepática            | ( ) | ( ) |
| ● Enfermedad pulmonar severa.  | ( ) | ( ) |
| ● Insuficiencia renal crónica. | ( ) | ( ) |

Recibo frecuentemente los siguientes medicamentos:

1- \_\_\_\_\_  
2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_  
4- \_\_\_\_\_

Soy alérgico a los siguientes medicamentos.

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

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

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de este procedimiento, y en tales condiciones.

**CONSIENTO (Marcar con una X) SI ( ) NO ( )**

**Que se me realice, La endoscopia de Vías Digestivas Altas o Esófagogastroduodenoscopia.**

**NOMBRE PACIENTE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA ESPECIALISTA**

**FIRMA PACIENTE** \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ACOMPañANTE:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **NOMBRE ACOMPañANTE:** \_\_\_\_\_

**C.C.** \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCION  
NOTAS DE ENFERMERIA**

HORA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ SEDACION: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

EXAMEN FISICO \_\_\_\_\_ ALERTA: \_\_\_\_\_ CONCIENTE: \_\_\_\_\_ DOLOR: \_\_\_\_\_

T.A: \_\_\_\_\_ F.C: \_\_\_\_\_ x min. SaO2: \_\_\_\_\_ % VENOPUNCION \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ENFERMERA RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_ **C.C.** \_\_\_\_\_

**HORA DE EGRESO** \_\_\_\_\_

**RECIBI RECOMENDACIONES POST-PROCEDIMIENTO:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**C.C.** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO DE SEDACION

FECHA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

1. YO \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al **DOCTOR** \_\_\_\_\_

A realizar En mí persona \_\_\_\_\_ Menor de edad \_\_\_\_\_ Adulto en incapacidad de tomar decisiones \_\_\_\_\_

El acto anestésico adecuado para el procedimiento que se me va a realizar el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_AM\_\_\_\_\_PM \_\_\_\_\_. Declaro haber decidido libre y voluntariamente mi deseo de recibir los medicamentos necesarios para la sedacion, habiendo sido informado ampliamente de sus beneficios, costos y probables riesgos.

2. El Doctor \_\_\_\_\_ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento de sedacion a realizarse en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son nauseas, vomito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de venas o arterias puncionadas, entre otros.

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

4. Entiendo que durante el curso del acto anestésico pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios caso en el cual el Anestesiólogo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.

5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.

6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes médicos, quirúrgicos y ginecoobtetricos, incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas.

Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y además relacionadas con mi cuidado antes y después del acto anestésico, entendiendo que de **NO** seguirlas, mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO

