

CENTRO MEDICO ENDOCENTRO LTDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA pHMETRIA

(otorgado en cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Nombre:

Edad: _____ Documento de identidad: _____

Fecha: _____

DECLARO

Que _____ el

Doctor: _____

(Nombre del medico que proporciona la información), Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, pH METRIA ESOFAGICA

6. La phmetria es un procedimiento diagnostico cuyo propósito es aclarar si la enfermedad por reflujo gastroesofagico es causante de los síntomas que usted experimenta
7. El procedimiento siempre con indicación del medico tratante, y la utilización de anestesia tópica con el fin de disminuir la sensación mucosa al introducir la sonda por la nariz. También se me ha informado de los posibles riesgos de la anestesia tópica.
8. La prueba se realiza, con un ayuno previo mayor de 6 horas, habitualmente, con el paciente sentado.
9. Se pueden notar molestias en la garganta durante y después de la exploración que desaparece poco tiempo de retirar la sonda.
10. Usted se lleva la sonda y la grabadora para la casa, debe evitar mojarla o golpearla.

He comprendido las explicaciones que se han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que han atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que le 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 con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones.

CONSIENTO

Que me realice, La **pHmetria esofágica**.

MEDICO ESPECIALISTA

PACIENTE