

Nombre del paciente.....
Nombre de los familiares / terceros.....
Nombre del médico tratante: Dr.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán.- También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información.- (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie).-

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido a **VIDEOESOFAGOGASTROENDOSCOPIA**

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescripto, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.- Los riesgos más destacables son los siguientes:

- PERFORACIÓN.
- HEMORRAGIA INMEDIATA Y / O TARDÍA.
- ARRITMIA CARDÍACA.
- COMPLICACIONES RESPIRATORIAS.
- REACCIÓN MEDICAMENTOSA.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes:.....
.....

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con immediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos (extracción de cuerpos extraños, coagulación de sangrado, esclerosis de varices, entre otros) presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico de la institución a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

Autorizo y consiento también la realización de transfusiones de sangre o la utilización de hemoderivados durante el procedimiento, si es que los profesionales intervinientes lo consideren necesario.

También autorizo y consiento la obtención de fotografías o imágenes de video del procedimiento para ser utilizado con propósitos educacionales o científicos, comprometiéndose a que mi identidad no será revelada en ninguno de estos medios o en los textos que lo acompañen.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.-

Fecha:.....
Firma del paciente:..... Negativa a recibir información: Firma.....
Firma de familiares:..... Negativa a recibir información: Firma.....
Firma del médico:.....