

## Consentimiento del paciente para la realización de procedimientos endoscópicos

Yo \_\_\_\_\_, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ para que en mí se realice el siguiente procedimiento endoscópico (marcar el que corresponda):

- Colonoscopia Diagnóstica/Terapéutica;**
- Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica/Terapéutica;**
- Videorectosigmoideoscopia/Endoscopia Rectal.**

Se me ha entregado información escrita que explica la naturaleza y el propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente. De lo contrario, tengo la posibilidad de solicitar una reunión con un especialista.

En la información escrita que recibí (folleto explicativo), se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento y me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han informado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento diagnóstico o terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ y a sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud. Asimismo permito que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anesestesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico. El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado diagnóstico-terapéutico esperado. Podrán realizarse ínter consultas con algunos otros profesionales si el médico actuante lo considera necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el Dr. \_\_\_\_\_ al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan, de acuerdo con la ley N° 25326 de Protección de Datos. Asimismo, se deja constancia que en un 5% de los pacientes, a pesar de tener una patología, no se puede llegar a detectar, por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la médico/a tratante**

*Aclaración*

\_\_\_\_\_  
**Firma del/la paciente**

*Aclaración*

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta del/la paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

A) Firma en su lugar \_\_\_\_\_ (nombre y apellido; documento, tipo y N°)

B) Lo hace en carácter de \_\_\_\_\_ (indicar el grado de parentesco)

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del/la responsable

Nota: \_\_\_\_\_