

**Consentimiento informado para realizar
VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

Yo.....paciente
(o...yo.....como
su representante) en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente,
DECLARO QUE HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO/A y en consecuencia,
AUTORIZO al Dr. / Dres.....para
que sea realizado el procedimiento diagnóstico / terapéutico denominado:
VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA y de aquellos procedimientos
complementarios tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros) como terapéuticos
(polipectomía, dilatación, esclerosis, electrocoagulación) que sean aconsejables
durante la misma.

Consiento la administración de medicación sedante o de otro tipo (en inyección)
que sea aconsejable para la mejor realización de la endoscopia.

Se me han explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración que
incluyen: distensión del abdomen, dolor, hipotensión, flebitis, reacciones alérgicas,
impactación instrumental, hemorragia, perforación, infección, y paro
cardiorespiratorio.

Algunas de estas complicaciones pueden requerir intervención quirúrgica
inmediata o diferida.

No se me ha dado garantía de que se puedan conseguir los objetivos
diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza y propósito de la VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALTA.

He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el
Dr./Dres.....

Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado (beneficios,
riesgos, alternativas) y por ello DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me
practique.....

Entiendo que este documento puede ser REVOCADO por mí en cualquier
momento, antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído por duplicado,
cuya copia se me proporciona.

Lugar y fecha....., de de 20 .

Firma: (paciente o representante legal)

D.N.I.:.....

Firma del médico:.....

Matrícula Prov.:.....