

	MACROPROCESO	ATENCION AMBULATORIA	CODIGO AA-F-09 VERSION 01 FECHA DE APROBACION: 01 DE OCTUBRE DEL 2019
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE SEDOANALGESIA	

Yo _____ mayor de edad identificado(a) con C.C. _____ de _____, actuando en nombre propio, en pleno uso de mis facultades, libre y consciente, declaro que el profesional me ha informado y explicado lo siguiente:

RIESGOS:

- Hipersensibilidad a los componentes (incluye eritema)
- Bronco-espasmo (depresión respiratoria) puede desencadenar crisis asmática.
- Sudoración y nauseas.
- Sincope orto estático (cambio postural brusco)
- Hipotensión

RECOMENDACIÓN: Si tiene carillas o elementos removibles (por favor retirárselos).

RECOMENDACIONES POST:

- No conducir automóvil
- No ingiera alcohol

Doy mi consentimiento para realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERES, con el buen entendimiento que puedo retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

Declaro que la profesional me ha explicado y aclarado todas las dudas con respecto al consentimiento informado que firmo a continuación.

Ciudad, Bogotá Fecha _____

Firma paciente/acudiente
C.C.

Firma del Profesional
C.C.

Nombre del acudiente