

	MACROPROCESO	ATENCION AMBULATORIA	CODIGO AA-F-11 VERSION 02
	PROCESO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	FECHA DE APROBACION: 15 de Julio del 2020
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA	

Yo \_\_\_\_\_ mayor de edad, identificado con CC \_\_\_\_\_ nacido(a) el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_ y como paciente \_\_\_\_ o como responsable \_\_\_\_ del paciente \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad CC, CE, TI N° \_\_\_\_\_ autorizo al Especialista, para la realización del procedimiento \_\_\_\_\_, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos que se pueden presentar, siendo estos:

1. Perforacion

2. Sangrado

3.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado arriba. Si tiene carillas o elementos orales no removibles, el personal Profesional y la Institución no se hacen responsables de daños o desprendimiento de las mismas.

Estoy consciente de la pandemia por la que atravesamos en la actualidad por el COVID-19 y que el procedimiento que me realizarán el día de hoy puede generar alta cantidad de aerosoles (durante la intubación o durante la misma endoscopia por la inducción de la tos al entrar en contacto con la vía aérea superior), aumentando el riesgo de contagiar al personal de salud si me encuentro infectado, por lo cual certifico:

1. Que en las últimas dos semanas no he tenido sintomatología respiratoria como tos, fiebre, dificultad respiratoria, dolor al tragar o malestar general u otro de los síntomas sobre los que me han preguntado previamente a este examen.

2. Que no he estado en contacto con personas enfermas con COVID-19, o que hubieran estado en cuarentena por COVID-19 o gente proveniente de los continentes o regiones del país donde circula activamente el virus.

Se me ha explicado que en la actualidad no hay información médica concluyente sobre el riesgo de adquirir la enfermedad COVID-19 durante un procedimiento endoscópico; sin embargo, por considerarse un procedimiento generador de aerosoles se han seguido las recomendaciones de bioseguridad de la OMS y del Consenso Colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Así mismo hago constancia de mi consentimiento informado y de que me han explicado los riesgos del procedimiento, además, que por el hecho de desaislarme se aumenta mi riesgo de contaminación con el virus SARS-Cov-2.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención quirúrgica o procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

Ciudad: Bogotá Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
CC ó Huella: \_\_\_\_\_



Firma del Testigo o Responsable del paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del Testigo o Responsable del Paciente: \_\_\_\_\_  
CC ó Huella: \_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_



Firma del Médico o Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_

Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

CC. \_\_\_\_\_

Número del Registro: \_\_\_\_\_