



MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA		CÓDIGO: AA-F-43
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA		VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
DOCUMENTO		ELASTOGRAFÍA	F. APROBACIÓN: 09/01/2026

#### Datos Paciente:

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: \_\_\_\_\_, nacido(a) el día \_\_\_\_\_, del mes \_\_\_\_\_, del año \_\_\_\_\_, asisto como paciente.

#### Datos Acompañante y/o Tutor responsable:

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con documento de identidad CC, CE, TI, RC, OTRO, Numero: \_\_\_\_\_, Autorizo al especialista, para la realización del procedimiento: **ELASTOGRAFÍA**.

#### ¿QUÉ ES LA ELASTOGRAFÍA?

Es una técnica de diagnóstico por imágenes que evalúa la elasticidad de los tejidos. Se utiliza un dispositivo especial que aplica una presión controlada sobre el área a examinar para evaluar la firmeza o elasticidad del tejido

La elastografía hepática es una técnica de imagen médica no invasiva que se utiliza para evaluar la rigidez o la elasticidad del tejido hepático (el hígado). Esta técnica se emplea principalmente en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades hepáticas crónicas, como la cirrosis, la esteatosis hepática (acumulación de grasa en el hígado) y la hepatitis, entre otras.

#### ¿CÓMO DEBO PREPARARME?

El paciente debe asistir en ayunas de 04 horas y con ropa cómoda. Este examen no requiere de ayuno, ni vejiga llena y el paciente puede tomar sus medicamentos con agua a la hora que normalmente lo hace. No se requieren cuidados especiales después de su realización, el paciente puede retomar sus actividades una vez haya finalizado la exploración.

#### ¿CUÁLES SON LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES?

La elastografía generalmente se considera un procedimiento seguro y no invasivo. Los riesgos y las complicaciones son mínimos y pueden incluir molestias leves durante la prueba o reacciones alérgicas si se utiliza gel conductor

Confirmo que recibí la preparación para la realización de mi procedimiento y que cumplí el total de las instrucciones contenidas en ese documento.



MACROPROCESO	ATENCIÓN AMBULATORIA		CÓDIGO: AA-F-43
	ENDOSCOPIA DIGESTIVA		VERSIÓN: 02
	DOCUMENTO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	ELABORADO GRUPO ASISTENCIAL
		ELASTOGRAFÍA	F. APROBACIÓN: 09/01/2026

### AUTORIZACIÓN INFORMADA

Al firmar este documento reconozco que los he leído y/o me ha sido leído y que he comprendido de forma clara 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.

Así mismo, autorizó de manera explícita e informada y voluntaria a GASTRICARE SAS, para que realice la recolección y el tratamiento mis datos personales o del paciente del cual actúo como persona responsable o acudiente, los cuales suministró de forma veraz y completa, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud.

Este consentimiento lo extiendo para que durante este procedimiento me sean practicados las actividades necesarias para enfrentar situaciones imprevisibles o complicaciones de mi salud derivados del procedimiento inicialmente propuesto. Entiendo que el personal tratante actuará con el profesionalismo, prudencia, diligencia y responsabilidad. Así mismo acepto que los tratamientos planteados sean ejecutados por el especialista que se requiera, acorde a la necesidad clínica.

El abajo firmante, declara haber sido informado debida y comprensiblemente por el facultativo responsable de su asistencia de los beneficios, riesgos y alternativas de la prueba, y estar de acuerdo con la realización de la misma, por lo que da su consentimiento libremente. Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación en la Ciudad de Bogotá D.C

El día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante Legal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico/Profesional de la salud

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente o Representante Legal.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico/Profesional (completo).

\_\_\_\_\_  
Documento del Paciente o Representante Legal.

\_\_\_\_\_  
Documento del Médico/Profesional