



## FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA



Solicitamos a usted, lea atentamente este documento para que decida libremente si acepta o rechaza efectuarse el procedimiento indicado.

#### INFORMACION ACERCA DEL PROCEDIMIENTO:

La Endoscopia digestiva baja o Colonoscopia, consiste en introducir por la zona recto anal un tubo (Colonoscopio) que posee un lente especial, y por el cual el médico podrá ver la pared del intestino grueso y la parte final del intestino delgado.

Este procedimiento dura aproximadamente 30 minutos, pero puede prolongarse debido a que éste se realiza para diagnosticar y/o la realización de tratamientos terapéuticos.

El examen no es doloroso, pero puede producir algunas molestias que son tratadas con medicamentos que le producirán un efecto de sedación, por lo que deberá asistir acompañado al examen.

#### RIESGOS Y COMPLICACIONES:

A pesar de la correcta realización de la técnica, ningún procedimiento está absolutamente libre de riesgos y pueden presentarse efectos indeseables comunes y tratables.

Las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan son:

1. Mareos.
2. Distensión y dolor abdominal.

Complicaciones muy poco frecuentes, pero más graves son:

1. Hemorragia por la perforación inadvertida del colon, que puede llegar a requerir cirugía para su tratamiento.

Complicaciones excepcionales son:

1. Dificultad respiratoria
2. Arritmias que pueden llegar a producir un paro cardiorrespiratorio.

#### RIESGOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A SU CONDICIÓN CLÍNICA:

---

---



## FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA



#### OTRAS ALTERNATIVAS:

Actualmente no existe una mejor alternativa para su diagnóstico o tratamiento, por lo que su médico considera que este procedimiento es lo más recomendado en su caso y confía en que el beneficio que obtendrá supera los posibles riesgos o complicaciones, que de presentarse, podrán ser atendidas en nuestra institución, la que dispone de las instalaciones, protocolos de atención y personal calificado para detectarlas y tratarlas oportunamente.

#### Habiendo leído el presente documento, declaro que:

He recibido y comprendido la información sobre el procedimiento que se me va a realizar, así como los riesgos y molestias que produce.

#### He podido hacer preguntas y aclarar mis dudas.

He sido informado que puedo revocar mi consentimiento antes del procedimiento, sin que esto perjudique mi atención.

En consecuencia, (por favor marque con una cruz su elección)

**Doy mi consentimiento para la realización del procedimiento**

**Rechazo la realización del procedimiento**

Nombre y Apellidos del Paciente	Rut	Firma Paciente
---------------------------------	-----	----------------

Nombre y Apellidos Representante	Parentesco	Firma Representante
	Rut	

Nombre y Apellido del Profesional	Rut	Firma del Profesional
-----------------------------------	-----	-----------------------

FECHA APLICACIÓN: