



**Hospital  
Virgen del Puerto  
Plasencia**

Unidad de  
Digestivo

**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

1 <sup>er</sup> apellido:	_____
2 <sup>o</sup> apellido:	_____
Nombre:	_____ Edad: _____
Domicilio:	_____
Teléfono:	_____

### Consentimiento informado para procedimientos en endoscopia digestiva (baja)

D./D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
o en su caso su representante D./D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
D.N.I.: \_\_\_\_\_ en calidad de: \_\_\_\_\_

**Declaro que he sido debidamente informado/a**, en virtud de los derechos que marca la Ley General de Sanidad, y en consecuencia

#### AUTORIZO

A Dr./Dra./Dres.: \_\_\_\_\_

para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros), como terapéuticos (dilatación, fragmentación y extracción de cuerpos extraños y resección o destrucción tumoral), que sean aconsejables durante la misma.

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

Se me han explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración que incluye, flebitis, reacciones alérgicas, impactación instrumental, aspiración bronquial, hemorragia, infección, perforación, pancreatitis y parada cardio-respiratoria.

Alguna de estas complicaciones puede 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 del procedimiento de COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA.

He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el médico que solicita y con el que realiza la exploración.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Así pues, el abajo firmante autoriza, con fecha ..... / ..... / ....., a la Unidad de Digestivo del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, el consentimiento para que se me realice COLONOSCOPIA-ILEOSCOPIA tras haber sido informado/a sobre las ventajas e inconvenientes de la misma.

El médico que **SOLICITA** la exploración  
Nº de colegiado: .....

El médico que **REALIZA** la exploración  
Nº de colegiado: .....

El paciente o persona autorizada

Fdo: .....

Fdo: .....

Fdo: .....

#### No aceptación (revocación)

Revoco el consentimiento prestado y no deseo proseguir la realización de esta prueba, que doy por finalizada con esta fecha.

En Plasencia a ..... de ..... de 20 .....

Fdo.: El médico

Fdo.: El paciente

Fdo.: El familiar o representante legal