



**Hospital
Virgen del Puerto
Plasencia**

Unidad de
Digestivo

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

1 ^{er} apellido:	_____
2 ^o apellido:	_____
Nombre:	_____ Edad: _____
Domicilio:	_____
Teléfono:	_____

Consentimiento informado para procedimientos en endoscopia digestiva (alta)

D./D^a: _____
o en su caso su representante D./D^a: _____
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 ESOFAGO-GASTRO-DUODENOSCOPIA (PANENDOSCOPIA ORAL) y de aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (biopsia, citología y otros), como terapéuticos (esfinterotomía, dilatación, fragmentación y extracción de cálculos o de otros cuerpos extraños, drenaje bilio-pancreático 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 para ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA 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