

CONSENTIMIENTO

1. Por medio de esta constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor para que, en ejercicio legal de su profesión de Médico Gastroenterólogo, así como por los otros profesionales de la salud que requiera y con el concurso auxiliar de servicios asistenciales de la Clínica, se me practique la siguiente Ultrasonografía Endoscópica Diagnóstica y/o Terapéutica.
2. Es una técnica mixta, endoscópica y ecográfica, que tiene la finalidad de estudiar lesiones de la pared del tubo digestivo y zonas adyacentes, valorando fundamentalmente la extensión en profundidad. Se utiliza también para el estudio de algunos procesos que afectan al área pancreática o biliar.
3. El procedimiento se realiza siempre con indicación del médico especialista. Dado el mayor calibre del endoscopio y duración de la técnica, suele realizarse con previa profilaxis antibiótica, sedación, anestesia y/o la utilización de un anestésico tópico. También se me ha informado de los posibles riesgos de la profilaxis antibiótica, de la sedación, de la anestesia y de la anestesia tópica.
4. Con el paciente en decúbito (acostado), se introduce el endoscopio en el tubo digestivo progresando hasta la zona o lesión que queremos estudiar. Hay que hacer constar que el instrumento es de mayor diámetro por llevar incorporado el sistema ecográfico en su punta. Puede ir seguida de alguna actuación terapéutica (punciones, etc.).
5. Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, infección, aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis o excepcionales, como arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales, subluxación mandibular, que pueden ser graves y requerir tratamiento médico o quirúrgico, así como un riesgo mínimo de mortalidad.
6. El médico me ha indicado la preparación recomendada previamente. También me ha advertido la necesidad de avisar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatías, asma...), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales (aspirina, anticoagulantes u otras), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del paciente. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia de riesgos o complicaciones.
7. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte del Doctor a quien autorizo para utilizar el tipo de anestesia que considere más aconsejable de acuerdo con mi clínico – patológica y el tipo de intervención que requiere.
8. El médico me ha explicado también la existencia de posibles técnicas o procedimientos alternativos. A pesar de la realización adecuada de la técnica en un porcentaje muy pequeño de pacientes podría no conseguirse el diagnóstico/ tratamiento perseguido. Durante la realización de esta técnica puede ser necesario realizar biopsia o incluso reseca alguna lesión orgánica. Por ello, sería aconsejable que informara a su médico sobre aquellos fármacos que toma o ha tomado los días previos a la exploración y si padece algún trastorno o enfermedad relacionada con la coagulación.

SOBRE LA PREPARACIÓN:

Reconozco que, he sido informado(a) por UGASEND S.A. sobre los riesgos asociados con la no observancia de las indicaciones previas al procedimiento al que voy a someterme. Declaro plena comprensión y aceptación de haber recibido y seguido todas las instrucciones e indicaciones proporcionadas por UGASEND S.A. y el médico tratante. Esto incluye, de manera destacada, el compromiso de cumplir con la preparación previa al procedimiento, reconociendo que la no observancia de estas instrucciones puede resultar en un resultado falso negativo y, por ende, en la imposibilidad de un diagnóstico correcto, lo que podría acarrear riesgos para la salud del paciente, incluyendo situaciones potencialmente fatales. El paciente asume la responsabilidad total de seguir las indicaciones médicas de forma precisa y oportuna, eximiendo a UGASEND S.A. y el médico tratante de cualquier consecuencia derivada de la falta de cumplimiento.

En virtud de lo anterior, afirmo bajo juramento que, he seguido escrupulosamente todas las indicaciones proporcionadas y que me encuentro en condiciones óptimas para someterme al procedimiento. Soy

plenamente consciente de que cualquier falsedad en esta declaración conlleva a responsabilidades legales y asumo los riesgos que puedan derivarse.

Riesgos y Consecuencias:

1. Posible complicación durante el procedimiento.
2. Mayor riesgo de infección o complicaciones postoperatorias debido a falta de preparación adecuada.
3. Necesidad de intervenciones médicas adicionales para corregir problemas derivados de no seguir las instrucciones previas.
4. Resultados con falsos negativos que pueden llevar incluso a resultados fatales para mi salud.

Costos y Responsabilidades:

1. Entiendo que no seguir las instrucciones previas puede resultar en costos adicionales relacionados con tratamientos o repetición del procedimiento.
2. Soy consciente de que la no observancia de las instrucciones podría resultar en la necesidad de atención médica urgente o prolongada, lo cual podría aumentar los costos asociados.

Asimismo, reconozco que, si el profesional de la salud determina que mi preparación es insuficiente conforme a las indicaciones impartidas y toca repetir el procedimiento, asumo las consecuencias económicas y administrativas que se deriven de ello además de las repercusiones que esto podría repercutir en mi salud y bienestar.

Acepto que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier duda relacionada con las instrucciones previas al procedimiento. Estoy de acuerdo en seguir todas las recomendaciones proporcionadas por el equipo médico para minimizar los riesgos asociados con el procedimiento.

Por ello, manifiesto que he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento, que aquí autorizo, y en tales condiciones, ACEPTO que se me realice una Ultrasonografía Endoscópica y aquellos procedimientos complementarios, tanto diagnósticos (punción citológica, toma de biopsias, toma de muestras para cultivo, etc.), como terapéuticos (drenaje de quistes y abscesos, punción del plexo celíaco, realización de comunicación del tubo digestivo con la vía biliar y/o pancreática, inyección de sustancias y dispositivos antitumorales, etc.).

En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.