

### CONSENTIMIENTO

1. Por medio de esta constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales otorgó en forma libre mi consentimiento informado 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 del centro, se me practique la técnica de implante y/o extracción de un balón intragástrico de balón intragástrico.
2. Se me ha explicado en un lenguaje comprensible, exhaustivamente y de forma detallada por el Doctor, la técnica de implante de balón intragástrico, que se realizará bajo anestesia general o sedación con el fin único de perder peso. Mediante este procedimiento se va a reducir la capacidad de mi estómago. Con esto se intenta disminuir el volumen de alimento que preciso para encontrarme satisfecho. Este es un mecanismo físico, que de ninguna manera ayuda por sí mismo a controlar el deseo o la compulsión por comer. Entiendo por tanto que el procedimiento no puede garantizar que pierda peso, y que mi participación activa es fundamental para lograr los objetivos. Si no modifico mi conducta alimentaria, probablemente el éxito del tratamiento no se produzca. El médico me ha explicado también que existen otras alternativas para perder peso, así como diversas intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, de las cuáles me ha informado de forma clara y ha respondido a todas las dudas planteadas. También sé que cabe la posibilidad de que, durante la endoscopia, pueden encontrarse lesiones en el esófago o en el estómago que contraindiquen el procedimiento en ese momento, en cuyo caso se me explicará la situación, replanteándose más adelante la idoneidad del tratamiento en mi caso.
3. Así mismo, me han sido extensamente explicados, he entendido y asumido los riesgos que pueden presentarse a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, estos efectos indeseables o complicaciones pueden ser tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, así como otros específicos del procedimiento, como náuseas, vómitos, dolor abdominal meteorismo, estreñimiento que suelen ser leves. Asimismo, si los vómitos son graves se puede producir deshidratación, que puede originar a su vez otras complicaciones, como insuficiencia renal. Por otro lado, otras complicaciones, muy poco frecuentes, pero de mayor gravedad, derivan de eventuales problemas relacionados con el propio dispositivo o con su colocación o extracción: desinflado del globo con migración al intestino, lesiones esofágicas o gástricas, insuficiencia respiratoria etc. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad. También he sido informado de que el procedimiento puede no tener éxito; en ese caso no se producirá pérdida de peso. El balón intragástrico es incompatible con la gestación, por lo que en caso de embarazo deberá extraerse lo antes posible. El uso de este dispositivo está contraindicado en embarazadas y madres lactantes. Si se confirma el embarazo de la paciente en cualquier momento durante el tratamiento, debe informar al médico y se aconseja la extracción del dispositivo.
4. Me comprometo a seguir las instrucciones dietéticas y nutricionales necesarias para la correcta pérdida de peso, así como a acudir a retirar el balón cuando el Doctor lo indique, y como máximo a los siete meses de su implante, eximiendo de toda responsabilidad al equipo médico en caso de no hacerlo.
5. Que, tras la correcta comprensión de los puntos anteriores, estando en pleno uso de mis facultades psíquicas e intelectuales, y de una forma libre y consciente, asumo los riesgos y complicaciones probables (expuestas en el punto tercero de este consentimiento).
6. Que la presente autorización de acto médico puede ser revocada en cualquier momento del tratamiento, debiendo ser comunicada tal revocación de forma fehaciente al facultativo o equipo médico actuante.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento, en tales condiciones AUTORIZO que se me practique la colocación del balón intragástrico con el procedimiento endoscópico y anestésico más adecuado y si durante la intervención, por causas imprescindibles en ese momento, se considera necesario y/o conveniente realizar intervención complementaria, expresamente autorizo y consiento que se haga sin necesidad de sacarme del estado anestésico.

### **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.

***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 fotografía como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.***