

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS
GRUPO 7 PANCREAS Y VIAS BILIARES ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA
Ley 23/81. Artículo 15. Conc. Decreto 3380/81**

NOMBRES:		APELLIDOS:	
NUMERO DE DOCUMENTO:		TIPO DOCUMENTO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:	EDAD:	
CIUDAD PROCEDENCIA:		ORDEN O REMISION:	
DIRECCION:		CIUDAD:	
CORREO ELECTRONICO:	TEL FIJO:	CELULAR:	
REGIMEN:	EPS:	ENTIDAD:	
TIPO DE PACIENTE:		UBICACIÓN:	
DIAGNOSTICO:			
<i>En caso de que el paciente sea menor de edad, incapaz, se encuentre inconsciente o presente limitaciones para comunicarse, por favor llenar el siguiente espacio.</i>			
Nombres y Apellidos del Paciente: _____		Documento de Identidad No. _____ Tipo Documento: _____	
Nombres y Apellidos del responsable que autoriza el procedimiento que se le va a realizar al menor o incapaz: _____		Identificación No: _____	
_____ Cedula () Cedula de Extranjería () Pasaporte ()		Parentesco: _____	

DECLARACIÓN VOLUNTARIA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE Y QUIEN AUTORIZA LA PRACTICA DEL PROCEDIMIENTO ENDOSCOPICO

2. Previo a la realización del procedimiento propuesto y ordenado por el médico tratante, se me ha explicado de manera clara y sencilla acerca del tipo de procedimiento: Diagnóstico () Terapéutico () a practicarme, denominado: **COLANGIO PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA (CPER)**

3. Así mismo, me han explicado sobre las alternativas de tratamiento, procedimientos, riesgos, beneficios y complicaciones previsibles, inherentes que pueden presentarse durante posterior o de manera tardía a la práctica del procedimiento endoscópico, necesario y ordenado por mi médico tratante, La tasa de complicaciones que puede ir entre el 5 al 10%. Las complicaciones más frecuentes son: **SANGRADO, DOLOR, PERFORACION, COLANGITIS, SEPSIS, PANCREATITIS, REACCIONES ALERGICAS LEVES O GRAVES (SHOCK) POR EL MEDIO DE CONTRASTE, FALLA RESPIRATORIA, PARO CARDIACO, ARRITMIAS, PARALISIS, LAS COMPLICACIONES TARDIAS: CALCULOS BILIARES RECURRENTES, ESTENOSIS PAPILAR, RETENCION, OBSTRUCCION, MOVILIZACION O DESPLAZAMIENTO DE STENT**, según la severidad de las mismas pueden incluso llevar a la **MUERTE**.

4. También me han explicado y he entendido, sobre los riesgos y complicaciones que pueden presentarse, al no practicarse el procedimiento ordenado por el médico tratante.

5. De otra parte, teniendo en cuenta la situación actual sobre la enfermedad del **Coronavirus o también llamado Covid -19**, su expansión, la gravedad y, el alto riesgo de contagio; el profesional de la salud me ha explicado en términos claros y entendibles, sobre la naturaleza de la enfermedad y acerca de cuándo se trata de un caso, asintomático, sospechoso o confirmado de Coronavirus, su presentación clínica, signos, síntomas, modo y forma de contagio, medidas para contenerla, posibilidad de sufrir la enfermedad, sus complicaciones y, que puede llegar hasta la muerte mientras permanezca en un ambiente hospitalario

Me han dado la oportunidad y el tiempo suficiente para aclarar dudas hacer preguntas relacionadas con la enfermedad **Covid -19**, las cual me ha sido aclaradas de manera satisfactoria por el médico y/o por otro personal de la salud, así mismo, he sido advertido (a), sobre el riesgo de contagio durante la realización del procedimiento necesario e indicado por el médico, aun tomando todas las precauciones y aplicando los protocolos, recomendaciones y guías de manejo sanitarias aprobadas para desinfectar: áreas, equipos y el control al personal sanitario con el fin de que el riesgo de contagio sea el mínimo posible.

6. Afirmo que me han aclarado y explicado de manera clara y sencilla, sobre todas las dudas acerca del tratamiento o procedimiento que van o se me va a practicar.

7. Manifiesto que, soy mayor de edad, que me encuentro consciente, en pleno uso de mis facultades legales mentales, que actuó de manera libre, espontanea, sin ningún tipo de presión, o coerción, y que, en virtud de lo anterior, he decido aceptar y autorizar al médico o equipo médico de **CENVALLE SAS**, para que, en mi cuerpo, o la de mi representado realicen el procedimiento o tratamiento propuesto, y ordenado por el médico tratante. De la misma manera autorizo al médico interviniente, para que si es necesario retire y disponga de los componentes anatómicos pertinentes para sus respectivos análisis y/o estudios especializados.

8. En uso de mis derechos, solicito que se me respete la siguiente solicitud: _____

9. En caso de no existir, alguna objeción o solicitud, favor escribir ninguna.

10. Certifico que previamente a la explicación y realización del procedimiento Endoscópico, que me van a practicar, he leído y me ha quedado claro el alcance, objetivo, y contenido del presente documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En virtud de lo anterior, firmo el presente documento: _____

Firma del paciente

Numero de cedula

Firma del familiar

Numero de cedula

parentesco

Firma del representante legal

firma y sello del medico