



Formulario de Consentimiento para la Colonoscopia

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Este procedimiento consiste en ver dentro de su colon con un tubo flexible. Si se ven pólipos u otro tejido inusual, probablemente se removerá una muestra de ese tejido. El tejido extirpado se envía a un laboratorio para más análisis.

Los beneficios incluyen el diagnóstico temprano y la posible curación de una enfermedad. Por ejemplo, el cáncer, pero hay otros. Como con cualquier procedimiento, existen posibles riesgos. Sin embargo, creemos que los posibles beneficios superan los posibles riesgos para usted en este momento. Por favor lea y entienda que los riesgos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

1. La infección puede ocurrir raramente. Puede que necesite medicamentos después del procedimiento
2. Pudiera ocurrir un sangrado. Es posible que podría tener un sangrado leve o hasta tanto sangramiento como para necesitar una transfusión.
3. La perforación significa un agujero en el intestino. Si esto ocurre, necesitará ir al hospital y quizás necesite una operación.
4. A veces los sedantes y los medicamentos para el dolor pueden disminuir la presión sanguínea y el ritmo de respiración a niveles bajos. Lo monitoreamos de cerca durante el procedimiento para minimizar este riesgo.
5. Raramente, el limpiador del intestino puede causar problemas con la función renal o el equilibrio de líquidos en el cuerpo
6. A veces no podemos visualizar pólipos u otras lesiones. Esto puede resultar en que un diagnóstico no se produzca o se retrase.
7. Una vez más, las complicaciones que se han mencionado son muy inusuales. Si usted tiene preocupaciones o preguntas, por favor hable con nosotros antes del procedimiento.

Existen *alternativas* a la colonoscopia, incluyendo estudios de rayos x, pero esos no nos permiten ver directamente el área o tomar muestras de biopsia. Si tiene preguntas sobre este procedimiento, por favor pregúntenos. Si usted desea le podemos dar más tiempo para considerar este procedimiento, pero puede estar sujeto a los riesgos de un retraso en el diagnóstico, especialmente de cáncer.

Consentimiento Informado

Después de haber leído y comprendido lo anterior, creo que los beneficios de este procedimiento son mayores que sus riesgos. He leído y entendido el folleto de instrucciones para el paciente y la hoja sobre la educación del paciente. Estoy de acuerdo en permitir que el Dr. Butruille lleve a cabo el procedimiento de colonoscopia junto con biopsias y la eliminación de los pólipos si es necesario.

Firma

Firma

Testigo