

	CONSENTIMIENTO PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Página: 1 de 1
		Versión: 00
	ADM-FOR-003	Vigencia: Junio/15

Buenos Aires,/...../20.....

1. Yopor la presente autorizo al Dr..... a realizarme un procedimiento endoscópico digestivo conocido como.....
2. La práctica enunciada en el punto (1) me ha sido totalmente explicada por el especialista, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicho procedimiento, y estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo de su realización. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - a) Los procedimientos endoscópicos del aparato digestivo constituyen una valiosa herramienta para el diagnóstico de enfermedades del aparato digestivo, y en muchas ocasiones se utilizan también para efectuar su tratamiento.
 - b) Las complicaciones que pueden originarse durante la realización de endoscopías digestivas son muy poco frecuentes (aproximadamente el 1 por mil), y podrán ser tales como: perforación, hemorragia, infección, estenosis secundaria, neumoperitoneo, etc. (especificar); así como las complicaciones propias de la anestesia, en los casos en que esta deba ser utilizada.
3. Reconozco que durante el curso de la realización de la endoscopia condiciones imprevistas pueden necesitar condiciones extras o diferentes a las acordadas anteriormente; por lo tanto, autorizo y requiero que el especialista antes nombrado, o quien el designe, realice las intervenciones o prácticas que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos tales como exploraciones quirúrgicas, estudios anatomopatológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida bajo este punto (3) se extenderán para remediar condiciones desconocidas por el especialista en el momento de comenzar el procedimiento.
4. Doy consentimiento a la administración de anestesia aplicada por o bajo la dirección del especialista o de anestesistas por él seleccionados y a usar dichas anestesias como se crea conveniente para mi confort y beneficio, estando también en conocimiento de las posibles complicaciones propias del procedimiento.
5. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el especialista me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.
6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del procedimiento, siendo este material propiedad del especialista y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales.
7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución posterior a la realización del procedimiento cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al especialista sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal posterior al estudio realizado de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:
9. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al especialista a realizarme la intervención o procedimiento mencionado.

.....
Firma del paciente

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y nombres: DNI-CI-LE-LC N°:

Domicilio: Ciudad: C.P.:

Teléfono: Tel. cel..... Tel. Cel. Familiar.....

Fecha de Nac.:...../ / Lugar de Nac..... Estado Civil.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR / INCAPAZ COMPLETAR:

El paciente es un menor de ... años de edad / incapaz (tachar lo que no corresponda), yo/nosotros, el/los firmante/s, soy/somos el/los padre/s, tutor/es, encargado/s o curador/es del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

.....
Firma

Apellido y nombres: DNI-CI-LE-LC N°: Vínculo.....

Domicilio: Ciudad: C.P.....

Teléfono: Tel. cel.....

"La Congregación Hijas de San Camilo pone en su conocimiento que dispone de una base de datos de pacientes registrada ante la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales y que sus datos serán utilizados con fines profesionales para brindarle el servicio/atención médica. Como consecuencia de ello, le informamos que la Congregación Hijas de San Camilo cumple con ley 25.325 y las disposiciones dictadas por la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales en materia de protección de datos personales. Los titulares de los datos podrán ejercer en Av. Ángel Gallardo 899 (por escrito o personalmente y) previa acreditación de su identidad o de facultades suficientes de representación el derecho de acceso, rectificación, actualización, de sometimiento a confidencialidad y/o de supresión de los datos personales que hubieran sido recabados y formen parte de dicha base de datos. Para obtener más información sobre este tema, deberá enviar un email a datospersonales@clnicasancamilo.org.ar".