

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Tipo y Número de identificación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Tome el tiempo que requiera para tomar su decisión antes de firmar este consentimiento. Recuerde que tiene derecho a hacer preguntas al personal médico sobre el procedimiento y se le recomienda hacerlas antes de aceptarlo.**

**A.** Teniendo en cuenta que el correo electrónico suministrado será utilizado para el envío de información relacionada con la atención médica garantizo que éste es de mi uso y acceso exclusivo. Con relación a lo anterior **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_ autorizo el uso del correo electrónico para el envío de información relacionada con la atención en salud.

**B. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APOYO.** *En caso de tratarse de un menor de edad o personas en situación de discapacidad que limite la toma de decisiones este documento deberá ser firmado por el paciente y por su representante legal o apoyo responsable.* **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Número de identificación:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Parentesco/Tipo de representación legal:** \_\_\_\_\_

**C. PROFESIONAL QUIEN REALIZA EL PROCEDIMIENTO.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro Médico \_\_\_\_\_

Sin embargo, cualquiera de los profesionales de EMDIAGNOSTICA SAS podrá participar o realizar mi procedimiento.

**D. EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

a. Objetivos y beneficios

La sedación es un procedimiento en el que se administran algunos medicamentos con el propósito de hacer más cómodo y seguro el procedimiento endoscópico para inducir un estado de somnolencia y analgesia (supresión del dolor) con amnesia (no recuerdo) del evento.

b. Descripción de la ejecución

Para la administración de la sedación es indispensable la canalización de un acceso venoso, a través del cual se administrarán los medicamentos que inducen la sedación.

Considerando los efectos en mi estado neurológico causados por los medicamentos para la sedación, certifico que he asistido al procedimiento endoscópico bajo sedación en compañía de un adulto responsable capaz de asistirme en todo momento que se requiera, requisito sin el cual **NO** se administrará sedación en ninguna circunstancia.

**E. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE:**

I. El paciente relaciona como antecedentes o condiciones médicas relevantes los siguientes:

- Alergias medicamentosas. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_
- Alteraciones de la coagulación. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_
- Enfermedad coronaria (Infartos), arritmias cardiacas, existencia de prótesis valvulares o marcapasos. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_
- Enfermedad Pulmonar crónica SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Requerimiento permanente de oxígeno SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Apnea del sueño SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Enfermedades hepáticas o renales severas SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Enfermedades severas del Sistema Nervioso Central SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Farmacodependencia SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- Se encuentra en embarazo SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ No Aplica \_\_\_\_\_
- Antecedentes de sedación fallida o complicaciones debidas a los medicamentos usados en sedación SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

II. Declaro que SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ estoy consumiendo medicamentos. Cuál(es) \_\_\_\_\_

Declaro que, con excepción de los antecedentes expresamente relacionados en el presente consentimiento, no he informado o advertido de cualquier otro antecedente que contraindique el tratamiento, intervención o procedimiento cuya ejecución autorizo mediante la firma del presente documento.

**F. POSIBILIDADES DE NO MEJORIA**

Entiendo y acepto que en todo procedimiento, intervención o tratamiento médico es posible que no se alcancen los objetivos descritos en el tratamiento y que, en este caso, no sea posible finalizar el procedimiento, alcanzar una profundidad específica del nivel de sedación o no poder administrar sedación.

## G. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS

**Generales:** Los efectos secundarios más comunes de la sedación son náuseas, vómito, vértigo, mareo, arritmias (alteración de la regularidad y frecuencia cardíaca), alteraciones respiratorias que pudieran requerir intubación y otras asistencias ventilatorias, sudoración, hipo, tos, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes, infarto agudo de miocardio, paro cardio-respiratorio, entre otros, existiendo incluso un riesgo muy bajo de mortalidad. EMDIAGNOSTICA SAS cuenta con protocolos claros de atención y contingencia para el manejo de las posibles complicaciones y está establecido un protocolo de remisión a nivel hospitalario en caso de necesidad. Las complicaciones pueden ocurrir en una frecuencia variable dependiendo de las enfermedades previas y la edad, siendo en general menores al 0,4%. El efecto producido por la sedación se puede presentar en un tiempo variable posterior a la finalización del procedimiento (incluida la recuperación)

Se me ha explicado y comprendo que ningún procedimiento está absolutamente exento de riesgos; pero, de cualquier forma, si ocurriera una complicación, se me ha indicado que Emdiagnóstica SAS cuenta con todos los medios necesarios para su manejo inicial y para remitir en caso de ser necesario. Por lo anterior autorizo la ejecución de las acciones que sean requeridas para tratar la complicación o sus consecuencias. Comprendo y acepto que pueden presentarse riesgos, secuelas y resultados desfavorables, inmediatos o tardíos, de difícil previsión. Comprendo que, durante el desarrollo del procedimiento mencionado, frente a circunstancias o hallazgos imprevistas o imprevisibles, pueda requerirse la realización de extensiones o variaciones del procedimiento inicial. En tal sentido, también acepto la realización de esos nuevos procedimientos. En consecuencia, conozco y asumo todos los riesgos y secuelas que pueden derivarse del procedimiento, intervención o tratamiento

Los riesgos más frecuentes de la venopunción y administración de medicamentos son: dolor, enrojecimiento de la piel, flebitis (inflamación de la vena) celulitis (inflamación de la piel), hematoma (acumulación de sangre en piel y/o músculo), infección entre otros.

**Particulares.** En mi caso particular se me ha explicado que adicional a lo anterior existen riesgos de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

## H. NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES

Las obligaciones asumidas por el profesional y por la institución son obligaciones de medio y no de resultado. Por lo anterior, tanto el profesional como la institución ponen a su disposición la experiencia, pericia, prudencia y diligencia para ofrecer un servicio seguro y de calidad, pero no se comprometen a obtener un resultado ni a eliminar los riesgos previsibles o imprevisibles que puedan desprenderse del tratamiento, intervención o procedimiento. En esa medida soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente las posibilidades absolutas y relativas de lograr los objetivos indicados, acepto y entiendo que los resultados pueden variar dependiendo de mi condición clínica y que, por tanto, **NO** se pueden garantizar los resultados.

## I. EXPLICACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE HACERLO O NO.

Los procedimientos endoscópicos pueden ser realizados sin sedación, lo que puede llevar a un aumento de molestias, dolor abdominal en caso de la colonoscopia y sensación de malestar, atoramiento y sensación de falta de aire para el caso de la endoscopia. Las intervenciones terapéuticas no se realizan en general sin sedación debido a aumento de riesgos por movimiento del paciente. La administración de sedación puede llevar a disminución de la memoria previa, durante y por algunos minutos posteriores al procedimiento. En todo caso se recomienda no realizar trámites legales o que requieran elevada concentración el día del procedimiento, si bien los medicamentos utilizados se eliminan a los pocos minutos después de haberse administrado.

**J. PREPARACIÓN PREVIA, EVOLUCIÓN POSTERIOR Y SIGNOS DE ALARMA.** No podré realizar actividades que exijan atención como manejar vehículos o maquinaria o realizar trámites legales durante un margen de las 8 horas posteriores a la administración de la sedación. Se me ha explicado con suficiencia y claridad que en caso de presentar los siguientes signos o síntomas debo consultar inmediatamente, contactar a EMDIAGNOSTICA SAS al siguiente número telefónico (601-7041234) o dirigirme al servicio de urgencias más cercano: 1. Dolor sobre zona de venopunción. 2. Eritema (enrojecimiento) con o sin piel caliente sobre zona de venopunción. 3. Dificultad para respirar 4. Percepción de aceleración del ritmo cardíaco 5. Otros que considere preocupantes.

**K. NO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA** Me ha sido informado que tengo derecho a no dar mi consentimiento para el presente procedimiento, tratamiento o intervención, y que tengo derecho a revocarlo luego de haberlo otorgado para lo cual se diligenciará la sección correspondiente a "Disentimiento informado". En cualquiera de los dos casos tanto el médico o profesional de la salud, como la institución, quedan a disposición del paciente para el momento en el que decida realizar el procedimiento, intervención o tratamiento, contestar las dudas o inquietudes que tenga o valorar alguna de las alternativas.

## L. DECLARACIONES

- 1- Declaro que me encuentro en ayuno total igual o superior a 8 horas.
- 2- Declaro que he tenido acceso a la información que se encuentra consignada en el presente documento con anterioridad a la realización del procedimiento, tratamiento o intervención y que he tomado el tiempo suficiente para analizar la información previo a la firma del presente documento.
- 3- Declaro que todos los espacios del presente documento fueron llenados con anterioridad a mi firma, y, por tanto, consiento y acepto su contenido.
- 4- Declaro que no concurre en mi ninguna circunstancia que pueda afectar mi voluntad o consentimiento, y que, por tanto, pueda viciar la autorización otorgada mediante la firma del presente documento.
- 5- Declaro que he comprendido la información, que ésta ha sido clara y oportunamente suministrada y que he tenido la oportunidad de hacer las preguntas y aclarar las dudas relacionadas con el procedimiento, tratamiento o intervención.
- 6- Declaro que, de conformidad con la información oportuna y claramente suministrada, otorgo a EMDIAGNOSTICA SAS y al profesional designado por la institución, mi consentimiento libre, informado y cualificado para la ejecución del tratamiento o procedimiento propuesto.
- 7- Manifiesto que cualquier complicación o evento adverso derivado de la falta de información, modificación de esta u omisión de datos relevantes sobre mis antecedentes médicos o el no seguimiento de las recomendaciones consignadas en este documento, deben ser consideradas como mi responsabilidad y en consecuencia exonero al profesional tratante y a EMDIAGNOSTICA SAS de todas las consecuencias derivadas de esas acciones.
- 8- CONSIENTO la realización del procedimiento bajo sedación. (Marcar con una X) SI (  ) NO (  )
- 9- OBSERVACIONES ADICIONALES  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente  
Identificación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal o responsable  
identificación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional  
R.M. \_\_\_\_\_

## DISENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que **renuncio** expresa, libre y voluntariamente al procedimiento, tratamiento o intervención propuesto por los profesionales de EMDIAGNOSTICA SAS.

Declaro que me han sido explicados de forma clara y oportuna las indicaciones del procedimiento, tratamiento o intervención y de las consecuencias que trae consigo la no realización del procedimiento o intervención.

Declaro que la decisión sobre la no realización del procedimiento, tratamiento o intervención es una determinación libre y voluntaria.

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional  
R.M. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente  
Identificación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal o apoyo  
Identificación \_\_\_\_\_

