

## CONSENTIMIENTO VIDEO CÁPSULA ENDOSCÓPICA EMDIAGNOSTICA

Versión 5 Fecha: Mayo 14 de 2025

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. INDICACIÓN**

Este procedimiento fue ordenado por el Dr. \_\_\_\_\_ en consideración a que en su calidad de médico tratante ha considerado conveniente y pertinente su realización en razón a \_\_\_\_\_

**E-EXPLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

a. Objetivos y beneficios

La Video Cápsula endoscópica es un procedimiento que a través de una cámara ingerida en forma de cápsula permite la visualización especialmente del intestino delgado con el fin de poder diagnosticar enfermedades en estas localizaciones.

b. Descripción de la ejecución

Previa preparación se le suministrará al paciente una cápsula por vía oral con agua y se le colocará un cinturón con una grabadora que captará las imágenes tomadas por la cámara en un periodo de 8 a 10 horas. Posterior a la ingesta de la cámara usted deberá realizar ingesta únicamente de agua, 1 vaso cada 30 minutos y deberá realizar sus actividades de manera usual, excepto por actividad física importante. Usted deberá asistir con ropa cómoda y deberá abstenerse de realizar actividades que puedan producir traumas sobre la grabadora. Asistirá entre 8 y 10 horas posterior a la ingesta de la cápsula para retiro del equipo. Las imágenes serán descargadas en un equipo especial y leído por un especialista. Los resultados serán enviados posterior al análisis de las imágenes.

**F. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL PACIENTE:**

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

- Alergias medicamentosas. SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuál(es) \_\_\_\_\_
- Consumo de alcohol o sustancias psicoactivas SI \_\_\_ NO \_\_\_
- Se encuentra en embarazo (En caso de estarlo no se realizará el procedimiento) SI \_\_\_ NO \_\_\_ No Aplica \_\_\_
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn) Si \_\_\_ No \_\_\_
- Antecedente de cirugías abdominales Si \_\_\_ NO \_\_\_ Cuales. \_\_\_\_\_

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 procedimiento cuya ejecución autorizo mediante la firma del presente documento.

**G. CONTRAINDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO**

La cápsula endoscópica no puede ser realizada

- 1- Concomitantemente con estudios de resonancia. Se podrá realizar la resonancia cuando la cápsula haya sido expulsada.
- 2- Durante el embarazo.
- 3- Niños menores de 8 años.
- 4- Antecedente de cirugías gástricas (Contraindicación relativa). Si usted tiene antecedente de cirugías del estómago o del tubo digestivo debe informar a su médico para definir si es posible o no su realización.
- 5- En presencia de desfibrilador implantado o cardioversor eléctrico.
- 6- En caso de tener marcapasos en general es seguro, pero deberá contarse con autorización por Cardiología.

**H. EXPLICACION DE LAS ALTERNATIVAS:** Dentro del proceso de información que da lugar a la firma del presente consentimiento me han sido explicadas las alternativas existentes para apoyar el diagnóstico de mi condición clínica que incluye estudios por imágenes diagnósticas. Así mismo, me han explicado las razones por las cuales el procedimiento VIDEO CÁPSULA ENDOSCÓPICA se considera el más aconsejable, de acuerdo con la indicación del médico tratante.

**I. POSIBILIDADES DE NO MEJORIA O NO OBTENCION DEL RESULTADO**

Entiendo y acepto que en todo procedimiento, intervención o tratamiento médico es posible que no se alcancen los objetivos descritos y obtener certeza diagnóstica sobre su condición clínica. Si bien este examen no detecta el 100% de las lesiones, ya que existe un bajo riesgo de sub diagnóstico a pesar de ser realizado con los mejores equipos y especialistas disponibles, la video Cápsula endoscópica es considerado por el momento como uno de los métodos iniciales para evaluación del intestino delgado. El riesgo de sub diagnóstico aumenta si la preparación es insuficiente.

**J. EXPLICACIÓN DE LOS RIESGOS**

**Generales:** La video cápsula endoscópica es un método diagnóstico muy Seguro y cómodo y se considera que el único riesgo que es además infrecuente ( Menor a 1 %) es la retención de la capsula ( Se queda “ estancada” en el intestino Delgado ) . La retención de la cápsula no suele causar molestias, solo en raras ocasiones puede producir dolor o incluso perforación. El riesgo de retención de la cápsula es mayor en pacientes con antecedentes de cirugías abdominales cáncer o radioterapia abdominal, obstrucción intestinal, alteraciones de la motilidad gastrointestinal. En caso de que se produzca retención de la cápsula que produzca síntomas se podrá requerir manejo médico y/ o procedimientos endoscópicos o quirúrgicos adicionales , lo cual es muy infrecuente

**Se me explicó que una vez terminado el estudio se recomienda que el paciente esté atento a la expulsión de la cápsula y si hay dudas se debe tomar una radiografía de abdomen una semana después del examen.**

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

**K. 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.

**L. EXPLICACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE HACERLO O NO.** La realización de la Video Cápsula endoscópica no genera mayores incomodidades . Podría presentar algunas molestias transitorias como sensación de llenura, distensión y dolor abdominal leve. En caso de presentar fuerte dolor abdominal deberá avisar de acuerdo a lo informado en las recomendaciones pos-procedimiento. Entiendo que el procedimiento es esencialmente diagnóstico, por lo que la no realización del procedimiento disminuye la posibilidad de llegar a un diagnóstico adecuado, y de realizar la consecuente intervención terapéutica o tratamiento.

**M. PREPARACIÓN PREVIA, EVOLUCIÓN POSTERIOR Y SIGNOS DE ALARMA.** Entiendo que no cumplir con las instrucciones previas y posteriores al tratamiento, o incumplir con las citas de control que se programen, puede aumentar mi probabilidad de sufrir complicaciones o afectar los objetivos buscados con el procedimiento. Entiendo que mi resultado, debe ser evaluado por mi médico tratante en consulta. Previo a la realización del procedimiento debo cumplir con un ayuno de al menos 12 horas. La preparación completa está disponible en [www.emdiagnostica.com](http://www.emdiagnostica.com) sección PREPARACIONES y sin ella no se podrá realizar el procedimiento.

Se me ha explicado con suficiencia y claridad que en caso de presentar los siguientes signos o síntomas debo consultar inmediatamente, contactar a EMDIAGNOSTICA S.A.S al siguiente teléfono (7041234) o dirigirme al servicio de urgencias más cercano: 1. Vómito con sangre 2. Materia fecal negra blanda o 3. Dolor en el estómago severo. 4- Fiebre. 5. Otros que considere preocupantes.

**N. NO AUTORIZACIÓN O REVOCATORIA** Me ha sido informado que tengo derecho a no dar mi consentimiento para el presente procedimiento 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.

**O - DECLARACIONES**

- 1- Declaro que me encuentro en ayuno de sólidos total igual o superior a 12 horas y que realicé dieta líquida el día anterior del procedimiento.
- 2- Declaro que he tenido acceso a la información que se encuentra consignada en el presente documento con anterioridad a la realización del procedimiento y que he tomado el tiempo suficiente para analizar la información previo a la firma del presente consentimiento.
- 3- Declaro que todos los espacios del presente documento fueron llenados con anterioridad a su 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 me 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 S.A.S y al profesional designado por la institución, mi consentimiento libre, informado y cualificado para la ejecución del tratamiento o procedimiento propuesto.
- 7- **Se me explicó que una vez terminado el estudio se recomienda que el paciente esté atento a la expulsión de la cápsula y si hay dudas se debe tomar una radiografía de abdomen una semana después del examen.**
- 8- **Entiendo que no se me podrá realizar estudios de resonancia mientras la cápsula no haya sido expulsada.**
- 9- **Entiendo que NO me podrán realizar este procedimiento si me encuentro en embarazo ( Estado de gestación)**
- 10- Entiendo que con la firma de este documento estoy avalando que se me entregó información suficiente la cual comprendí y por lo tanto CONSIENTO Que se me realice la **Video Cápsula Endoscópica** SI (  ) NO (  )
- 11- Así mismo, autorizo la recolección de mis datos personales para que realice el tratamiento acorde a la ley y detallado en la AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES y confirmo que los datos por mi suministrados son veraces y completos, con la finalidad de ser utilizados en el proceso administrativo y médico de prestación del servicio de salud. Los datos podrán ser utilizados para los diferentes aspectos relacionados en la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en la página web [www.emdiagósticacom](http://www.emdiagósticacom)

12- OBSERVACIONES ADICIONALES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente**

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

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional**

\_\_\_\_\_  
**Identificación**

\_\_\_\_\_  
**Identificación**

\_\_\_\_\_  
**R.M.**

**DISENTIMIENTO INFORMADO**

Manifiesto que **renuncio** expresa, libre y voluntariamente al procedimiento propuesto por los profesionales de Emdiagnostica. Declaro que me han sido explicados de forma clara y oportuna las indicaciones del procedimiento y de las consecuencias que trae consigo la no realización del mismo. 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 \_\_\_\_\_