


Código: CMS-F-CX-047	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Versión N°		
Vigente desde		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLONOSCOPIA

Fecha de toma del consentimiento: _____ Hora: _____

Lugar de toma del consentimiento: _____

Yo: _____

Identificado con _____ numero _____ de _____

Con diagnóstico de _____

Mediante el presente documento legal certifico que he sido informado por parte del Médico Tratante, el Doctor _____

Sobre la siguiente actividad, intervención, procedimiento especial o tratamiento que requiero:

COLONOSCOPIA


y se me ha informado de igual manera que este procedimiento o servicio es integral y puede generar, entre otros, los siguientes efectos secundarios o colaterales, las siguientes complicaciones y también se me ha informado sobre la existencia de RIESGOS que se pueden presentar incluso bajo condiciones de atención adecuada:

Es posible pero no frecuente que se presente hemorragia o perforación del tracto intestinal, que de presentarse pueden llegar a requerir la realización de cirugía urgente para su resolución. Otros posibles efectos indeseables, distensión o dolor abdominal, náuseas o vómitos, alteraciones del ritmo o la frecuencia cardiaca.

Se me ha informado amplia y suficientemente sobre las ALTERNATIVAS de tratamiento al actualmente descrito, las cuales son:

No realización del procedimiento con lo cual se omite la prueba diagnóstica y terapeutica mas eficaz para patología del tracto digestivo bajo. Dentro de las opciones diagnósticas disponibles para el estudio del tracto digestivo bajo con eficacia similar a la colonoscopia se encuentra la colonografía por tomografía, siendo su principal desventaja la imposibilidad de realizar intervenciones terapéuticas durante su realización, y en caso de evidenciar lesiones, se requiere la realización de una colonoscopia

Dejo constancia de que he sido informado del derecho que me asiste de rechazar la realización del procedimiento, actividad o plan de tratamiento y de que he sido instruido sobre el hecho de que este documento es legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y Códigos de ética de cada Profesión de la Salud estipulada de la siguiente manera: **Medicina:** Ley 23 de 1981, capítulos I,II,III. **Enfermería:** Ley 911 de 2004 **Bacteriología:** Ley 841 de 2003, Título I,IV. **Terapia Respiratoria:** Ley 1240 de 2008 título I, así como de la norma de manejo de la Historia Clínica Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

Código: CMS-F-CX-047	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Versión N°		
Vigente desde		

Por lo anterior autorizo a: _____

Profesional en _____ y a la Clínica Medihelp para que se me realice el procedimiento, actividad, intervención o Plan de Tratamiento propuesto.

Firma del Paciente o Represente Legal

Nombre: _____ Parentesco: _____

Documento de identidad: _____

Firma del Profesional

Nombre: _____ Registro Profesional: _____

Documento de Identidad: _____

NO ACEPTACION: En consideración a la información recibida y descrita anteriormente he tomado la decisión de **NO ACEPTAR, RECHAZAR Y NO AUTORIZAR** la actividad, intervención o plan de tratamiento propuesto, declarando que he sido instruido amplia y suficientemente sobre las probables consecuencias sobre la salud y la vida, las cuales pueden ser: _____

Firma del Paciente o Represente Legal

Nombre: _____ Parentesco: _____

Documento de identidad: _____

Firma del Profesional

Nombre: _____ Registro Profesional: _____

Documento de Identidad: _____

Dada en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____