FORMA DE CONSENTIMIENTO

ACEPTO TOMAR LA CAPSULA ENDOSCOPICA

El estudio por Cápsulo-endoscopia es un nuevo examen endoscopico del intestino delgado. La Cápsulo-endoscopia **no** tiene el objetivo de examinar el esófago, estomago ó colón. No remplaza a la endoscopia alta ni a la colonoscopia. Entiendo que el estudio tiene riesgos como cualquier estudio endoscopico, uno de los riesgos es OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. Una obstrucción intestinal puede requerir cirugía inmediata.
Me comprometo a evitar definitivamente maquinas de resonancia magnética durante el procedimiento y hasta no estar seguro de haber expulsado la cápsula endoscopica.

Entiendo que existen variaciones en la motilidad intestinal de los pacientes y que debido a esto pueden obtenerse en ocasiones solo imágenes de parte del intestino delgado. Es posible que por interferencia algunas imágenes se puedan perder y esto tenga como consecuencia la repetición del estudio.

Entiendo que las imágenes y los datos obtenidos de mi estudio de Cápsulo-endoscopia pueden ser usados, bajo completa confidencialidad para propósitos educativos en estudios médicos futuros.

El Dr. _____ me ha explicado el procedimiento y los riesgos para mí como paciente, además de las alternativas de diagnóstico y tratamiento, y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas sobre el estudio de Cápsulo-endoscopia.

Autorizo al Dr_____ a que me aplique el estudio de cápsulo-endoscopia.

_____	_____	_____
Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha

En presencia de: Cónyuge ____ Acompañante ____
Pariente ____ Paciente solo ____