

Consentimiento para la endoscopia con cápsula

Por la presente doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Quraishi y su personal auxiliar a realizar el procedimiento de Cápsula Endoscópica.

RIESGOS Y PROBABILIDAD DE SUCESO DEL PROCEDIMIENTO (incluyendo elementos tales como Obtener el resultado deseado, malestar o lesión) es el fracaso de la cápsula para pasar a través del intestino que requiere una posible extirpación quirúrgica debido a la obstrucción. Debido a las variaciones en la motilidad intestinal de un paciente, la cápsula sólo puede imagen parte del intestino delgado. También es posible que, debido a la interferencia, algunas imágenes se pierdan y esto puede dar lugar a la necesidad de repetir el procedimiento de la cápsula. También entiendo que no todas las lesiones pueden ser vistas durante este procedimiento y que debo informar síntomas continuos o inusuales a mi médico.

Yo reconozco que:

1. El médico me ha explicado la naturaleza y el propósito de la Cápsula Endoscópica, los riesgos involucrados, las alternativas y la posibilidad de complicaciones. Todas mis preguntas, si las hay, han sido contestadas a mi satisfacción. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se ha garantizado los resultados de la cápsula endoscópica.
2. Si durante la Cápsula Endoscópica se descubren otras condiciones insospechadas, yo le autorizo a realizar el tratamiento que él / ella considere necesario.
3. Entiendo que no se ha garantizado o garantizado los resultados del procedimiento y que no puede curar la condición.

Al firmar este formulario, reconozco que se me han explicado los riesgos y beneficios y las alternativas a la Cápsula Endoscópica, que he leído o me han leído y / o explicado este formulario en términos generales, que entiendo completamente su Contenido, que me han dado la oportunidad amplia de hacer preguntas y que cualquier pregunta se ha contestado satisfactoriamente.

Por la presente, voluntariamente solicito y consiento al Dr. Essam Quraishi / Dr. Javed Sadiq y cualquier asistente o cualquier otro personal médico involucrado en el desempeño de dicho procedimiento descrito o referido aquí.

_____ **Habrá un cargo de \$ 500 si el equipo está dañado.**

Inicial del paciente

Firma del Paciente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del medico

Fecha