

---

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE  
PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS**

---

Yo \_\_\_\_\_

Autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ a realizarme un procedimiento endoscópico.

El Dr. \_\_\_\_\_ me ha informado verbalmente y explicado la naturaleza y propósito del procedimiento en términos que yo he comprendido perfectamente y entiendo que el mismo consiste en una Videocolonoscopía Diagnóstica y Terapéutica, Videoendoscopía Digestiva Alta Diagnóstica / Terapéutica Videorectosigmoideoscopia. (Tachar lo que no corresponde).

Asimismo, se me ha explicado los riesgos predominantes en este procedimiento, los cuales he comprendido.

También reconozco que se me ha explicado que durante el transcurso del procedimiento endoscópico diagnóstico o terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. \_\_\_\_\_, sus colaboradores o ayudantes médicos que realicen procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud e incluso permito, si fuera necesario, administrar una anestesia que será efectuada por un médico anesthesiologo para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico, pudiéndose realizar interconsultas con algunos otros profesionales que el medico actuante considere necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarca las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas por el Dr. \_\_\_\_\_ al comenzar el procedimiento.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso parte pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se me realizará y entendidas completamente las explicaciones que me fueron dadas, doy mi consentimiento para que se me realice el/los procedimientos endoscópicos.

En el momento, se me entrega una copia del documento que he firmado para mi control y consulta.

Lugar: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del/la médico/a tratante

Aclaración

\_\_\_\_\_

Firma del/la paciente

Aclaración

---

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE  
PARA LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS**

---

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta del/la paciente, por encontrarse incapacitada o ser menor de edad, se hace constar que:

- A) Firma en su lugar: \_\_\_\_\_ (nombre, apellido, documento, tipo y n°)
- B) Lo hace en carácter de \_\_\_\_\_ (Indicar grado de parentesco)

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del/la responsable

Nota: \_\_\_\_\_

Este consentimiento reúne los requisitos exigidos por la Asociación Argentina de Endoscopia Digestiva.