

# Consentimiento informado para endoscopia gastrointestinal

## Explicación del procedimiento

El proceso de visualización directa del tracto digestivo mediante instrumentos con luz, es denominado endoscopia gastrointestinal. Su prestador de salud le ha sugerido este tipo de estudio. La siguiente información le es provista para que comprenda las razones y los posibles riesgos que conllevan estos procedimientos. Durante el mismo, le será inspeccionado en profundidad, y posiblemente fotografiado, un segmento determinado del tracto digestivo. Si se detectara o se sospechara de alguna anomalía, puede que se le extraiga una pequeña porción de tejido (biopsia) para ser analizada en microscopio. Si se detectaran tumores (pólipos), puede que sean extraídos.

Para que se sienta bien durante el procedimiento, su médico, o una enfermera bajo dirección médica, le administrará medicamentos definidos como sedantes moderados (conscientes). Si su médico lo considerara necesario, se hará presente un anestesiólogo para administrar el sedante.

## Breve descripción de los procedimientos endoscópicos

**EGD (Esofagogastroduodenoscopia):** estudio del esófago, estómago y duodeno. Si se encontrara un sangrado activo, puede que se le administre un tratamiento para detener el sangrado.

**Dilatación esofágica:** se utilizan tubos o globos dilatantes para estirar el esófago.

**Várices esofágicas o ligadura hemorroidal:** se coloca una banda de goma alrededor de las várices o hemorroides para reducir el flujo de sangre a la vena, previniendo con ello hemorragias futuras. Puede que sea necesario inyectar un químico en las várices esofágicas mediante una aguja incorporada en el conducto, con el fin de esclerosar (endurecer) la vena y así prevenir futuros sangrados.

**Sigmoidoscopia flexible:** estudio del ano, recto y costado izquierdo del colon, por lo general a una profundidad de 60 cm.

**Colonoscopia:** estudio de la totalidad o de una parte del colon. Los pacientes más añosos o aquéllos con diverticulosis extensa, son más propensos a complicaciones. La polipectomía (extracción de tumores denominados pólipos) por lo general se lleva a cabo –de ser necesaria– mediante el uso de un aro de alambre, con o sin electricidad.

**Otro:** \_\_\_\_\_

## Principales riesgos y complicaciones de la endoscopia gastrointestinal

Normalmente, la endoscopia gastrointestinal es un procedimiento de bajo riesgo. No obstante, pueden darse complicaciones. Podrá consultar con su médico antes de iniciar el procedimiento, para analizar los factores de riesgo.

**Si tiene dudas sobre el procedimiento, deberá consultar con su médico. Si lo desea, se le puede programar una consulta formal.**

1. **Perforación:** el paso del instrumento puede provocar una herida en el tracto gastrointestinal con un posible drenaje de los contenidos

gastrointestinales en la cavidad corporal. De ocurrir esto, normalmente es necesaria una cirugía para cerrar la pérdida y/o para drenar la región, y puede que obligue a realizar una colostomía; esto comprende una bolsa en su abdomen para que salga la materia fecal. De no ser tratada, esta complicación puede implicar riesgo de muerte.

2. **Hemorragia:** los sangrados, en caso de ocurrir, son una complicación frecuente de las biopsias, polipectomías, dilataciones o ligaduras. El tratamiento para este tipo de complicación puede que sólo consista en una cuidadosa observación o puede llegar a requerir transfusiones, repetir la endoscopia para frenar el sangrado o quizás una intervención quirúrgica. La hemorragia puede darse algunas semanas después de una endoscopia.

3. **Reacción a los medicamentos:** hay riesgos relacionados con la administración de cualquier medicamento. Éstos pueden incluir una ligera inflamación de la vena en el lugar de la inyección, náuseas/vómitos, reacciones alérgicas, deterioro en la función cardiovascular, aumento o disminución de la presión sanguínea, problemas respiratorios u otras complicaciones.

4. **Otros riesgos:** rara vez, puede que se dañen los dientes o trabajos dentales cuando los instrumentos son ingresados por vía oral; complicaciones por otras enfermedades que usted pueda padecer; que no se logre completar el estudio; y la posibilidad de no detectar un cáncer de colon u otras lesiones; falla en los instrumentos o incluso la muerte son casos extremadamente infrecuentes, pero se mantienen como posibilidades remotas.

**Usted deberá informar a su médico acerca de todas sus alergias y problemas de salud. Si piensa que puede estar embarazada o si ha habido algún cambio importante en sus antecedentes médicos/quirúrgicos luego de su consulta prequirúrgica, es su responsabilidad comunicarse con nuestras oficinas.**

**En caso de darse una complicación derivada del procedimiento, siempre habrá un médico disponible para ayudar a gestionar tal complicación; no obstante, ni el médico que llevó a cabo su procedimiento ni ningún miembro de NWG&E aceptará ningún tipo de responsabilidad económica relacionada con los cuidados durante la gestión de la complicación.** Durante las dos primeras semanas posteriores al procedimiento, no se recomienda viajar a lugares remotos ni abordar vuelos internacionales.

## Alternativas a la endoscopia gastrointestinal

Pese a que la endoscopia gastrointestinal es un medio seguro y efectivo para examinar el tracto gastrointestinal, no es un 100% precisa en el diagnóstico. En un pequeño porcentaje de los casos puede darse una falencia o error en el diagnóstico. Están disponibles otros procedimientos terapéuticos o de diagnóstico, tales como el tratamiento médico, los rayos X y la cirugía. Otra alternativa es elegir no realizar estudios de diagnóstico ni tratamientos. Su médico estará dispuesto a discutir con usted tales alternativas.

**Comprendo que, debido a los sedantes, no deberé manejar ni operar maquinarias, tomar decisiones críticas, firmar documentos legales ni consumir bebidas alcohólicas el día del procedimiento. Comprendo que, si manejo a casa luego de recibir la sedación, se me cancelará esta práctica y deberé buscar atención médica en otro lugar. Comprendo que, si no tengo un acompañante, no podré tomar un taxi de regreso a casa y deberé contratar un transporte a través de Home Attendant Care o de algún WTA especializado. Si me presento en el Centro sin un acompañante ni un transporte autorizado después del procedimiento, mi procedimiento será cancelado. Presto consentimiento para la toma y publicación (sin mi nombre ni datos identificatorios) de cualquier imagen obtenida durante mi procedimiento, para ser usadas en mi atención o para destinarlas al avance de la educación médica. Estoy al tanto de que mi médico puede tener intereses económicos o ser propietario del Northwest Endoscopy Center. He sido informado/a por completo sobre los riesgos y posibles complicaciones de mi procedimiento y la anestesia, y también he tenido la oportunidad de formular preguntas.**

**Comprendo que pueden darse condiciones imprevistas que hagan necesario un cambio o extensión de los procedimientos originales, o bien practicar otros procedimientos diferentes a los que me han sido explicados. Por el presente autorizo y solicito que el médico antes mencionado, sus asistentes o personas designadas lleven a cabo tales procedimientos en la medida en que sean necesarios y convenientes, según el ejercicio de su criterio profesional. Comprendo que el Endoscopy Center no reconoce las Voluntades Anticipadas y que usará todos los medios posibles para sostener la vida. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta. Reconozco que no se me ha dado garantía alguna en relación a los resultados de este procedimiento.**

<input type="checkbox"/> Alan Chang, MD	<input type="checkbox"/> Ben Siemanowski, MD	<input type="checkbox"/> Gregory Munson, MD	<input type="checkbox"/> James A. Schoenecker, Jr., MD	<input type="checkbox"/> Todd Witte, MD
<input type="checkbox"/> Barry Levenson, MD	<input type="checkbox"/> Christoph Reitz, MD	<input type="checkbox"/> Hannah Sheinin, MD	<input type="checkbox"/> Kelly McCullough, MD	

Médico que explica el procedimiento: \_\_\_\_\_ Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Paciente /  Representante legal autorizado (marcar opción)

Traductor/ Relación con el paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Testigo de la firma únicamente: \_\_\_\_\_

Etiqueta del Paciente

Northwest Endoscopy Center, LLC  
2930 Squalicum Parkway, #202  
Bellingham, WA 98225

## Consentimiento informado sobre la responsabilidad económica

El Centro ha sido conformado para satisfacer las necesidades específicas de los pacientes con dolencias o enfermedades gastrointestinales. Es un "Centro de Cirugías Ambulatorio" diseñado especialmente para la práctica de la gastroenterología; no se realiza aquí ningún otro tipo de procedimientos médicos. Todos los médicos que prestan servicio en nuestras instalaciones son gastroenterólogos y nuestro personal clínico está formado por profesionales capacitados en el cuidado de nuestros pacientes.

La misión del Centro es brindar cuidado de calidad a nuestros clientes en un establecimiento ambulatorio especializado. Cada paciente tendrá nuestra más cuidadosa y personalizada atención.

El Centro es propiedad conjunta de Physicians Endoscopy LLC y de Northwest Gastroenterology PLLC. Los médicos de Northwest Gastroenterology PLLC son los únicos prestadores médicos del Centro.

Con el fin de asegurar que nuestros pacientes comprenden sus responsabilidades económicas y nuestra política de pagos, le pedimos que se tome el tiempo para leer lo siguiente y resolver toda duda que pudiera tener con cualquiera de nuestros encargados de cobranzas.

1. La tarifa que cobramos por nuestros servicios está destinada a cubrir el costo operativo de estas instalaciones, tales como el equipamiento, personal, alquileres, suministros, etc. También habrá una tarifa separada del médico a cuenta de sus servicios profesionales, como así también del laboratorio por cualquier tipo de servicios de anatomía patológica. Las instalaciones, el laboratorio y los médicos son todas entidades legales separadas que brindan servicios diferentes e independientes.
2. Como un servicio para nuestros clientes, los reclamos al seguro serán remitidos, a nombre del paciente, a la(s) compañía(s) de seguros especificada durante el proceso de registro, siempre que tengamos el nombre y domicilio completo de la empresa de seguros, el nombre del asociado, el número de seguro social y la fecha de nacimiento.
3. Todos los copagos vencen y se cobran en el momento en que el servicio es requerido a través del contrato entre el paciente, la compañía de seguro y nuestro centro.
4. Algunos planes de seguro requieren una precertificación, una preautorización o una recomendación escrita. Es responsabilidad del paciente comprender los requisitos de sus planes de seguro y cerciorarse de que se obtenga la adecuada autorización al menos tres días antes de la fecha del servicio. El incumplimiento de este requisito puede derivar en una negativa al reclamo por parte de la compañía de seguros. No aceptaremos responsabilidad por un reclamo en disputa. Si la compañía de seguros deniega por alguna razón el reclamo o si retiene el pago, el paciente será finalmente el responsable por el saldo.
5. Somos conscientes de que pueden haber situaciones en las que no sea posible el pago completo. De los pacientes sin seguro de salud se espera que abonen un mínimo del 50% del costo al momento del servicio y un mínimo de un tercio del saldo restante durante cada uno de los tres meses posteriores a la fecha de prestación del servicio.
6. Si usted enfrenta dificultades económicas o tiene alguna consulta, **no deje de comunicarse con nuestra Oficina de Facturación, llamando al (360) 734-1420**, para discutir sobre su cuenta. Se espera que los pagos sean abonados mensualmente. La falta de pago de las cuentas, luego de tres meses, podrá resultar en la derivación de la cuenta a una agencia externa de cobranzas, lo cual podría tener impacto en el historial crediticio del paciente.

*He leído todo lo anterior, comprendo y estoy de acuerdo con los términos establecidos en esta Declaración de responsabilidad económica, y que más allá de toda cobertura de seguro de salud que yo tuviera, soy el responsable final de los pagos de mis saldos ante el Centro.*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante del Centro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

### **Derechos y Responsabilidades Del Paciente, Directivas Anticipadas, y Declaración de Responsabilidad Económica**

He recibido información oral y escrita, en un idioma que comprendo, o bien ha sido traducida para mí, y he tenido la oportunidad de formular mis dudas.

Poner iniciales:

\_\_\_\_\_ Derechos y responsabilidades del paciente

\_\_\_\_\_ Directivas anticipadas

\_\_\_\_\_ Revelación de propiedad del médico

Representante del Centro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

This Spanish form is a translated copy of NWECC consent form dated 5/14

Etiqueta del Paciente