

CONSENTIMIENTO

1. El estudio por Cápsula-endoscópica es un examen endoscópico del intestino delgado. La Cápsula-endoscópica no tiene el objetivo de examinar el esófago o el estómago. No reemplaza a la endoscopia alta ni a la colonoscopia.
2. Entiendo que el estudio tiene riesgos como cualquier estudio endoscópico, uno de los riesgos es la OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. Una obstrucción intestinal puede requerir cirugía inmediata. Adicionalmente, si la cápsula no llega al intestino en un plazo de 4 horas, deberé ser sometido a una endoscopia de vías digestivas altas bajo anestesia para bajarla con el equipo médico.
3. Me comprometo a evitar definitivamente máquinas de resonancia magnética durante el *procedimiento y hasta no estar seguro de haber expulsado la cápsula endoscópica*.
4. 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.
5. Entiendo que las imágenes y los datos obtenidos de mi estudio de Cápsula-endoscópica pueden ser usados, bajo completa confidencialidad para propósitos educativos en estudios médicos futuros.
6. Entiendo que, si no informé adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.
7. Me han 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 Cápsula-endoscópica.
8. Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecho (a) con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice.
9. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

SOBRE LA PREPARACIÓN:

Reconozco que, he sido informado(a) por UGASEND S.A. sobre los riesgos asociados con la no observancia de las indicaciones previas al procedimiento al que voy a someterme. Declaro plena comprensión y aceptación de haber recibido y seguido todas las instrucciones e indicaciones proporcionadas por UGASEND S.A. y el médico tratante. Esto incluye, de manera destacada, el compromiso de cumplir con la preparación previa al procedimiento, reconociendo que la no observancia de estas instrucciones puede resultar en un resultado falso negativo y, por ende, en la imposibilidad de un diagnóstico correcto, lo que podría acarrear riesgos para la salud del paciente, incluyendo situaciones potencialmente fatales. El paciente asume la responsabilidad total de

seguir las indicaciones médicas de forma precisa y oportuna, eximiendo a UGASEND S.A. y el médico tratante de cualquier consecuencia derivada de la falta de cumplimiento.

En virtud de lo anterior, afirmo bajo juramento que, he seguido escrupulosamente todas las indicaciones proporcionadas y que me encuentro en condiciones óptimas para someterme al procedimiento. Soy plenamente consciente de que cualquier falsedad en esta declaración conlleva a responsabilidades legales y asumo los riesgos que puedan derivarse.

Riesgos y Consecuencias:

1. Posible complicación durante el procedimiento.
2. Mayor riesgo de infección o complicaciones postoperatorias debido a falta de preparación adecuada.
3. Necesidad de intervenciones médicas adicionales para corregir problemas derivados de no seguir las instrucciones previas.
4. Resultados con falsos negativos que pueden llevar incluso a resultados fatales para mi salud.

Costos y Responsabilidades:

1. Entiendo que no seguir las instrucciones previas puede resultar en costos adicionales relacionados con tratamientos o repetición del procedimiento.
2. Soy consciente de que la no observancia de las instrucciones podría resultar en la necesidad de atención médica urgente o prolongada, lo cual podría aumentar los costos asociados.

Asimismo, reconozco que, si el profesional de la salud determina que mi preparación es insuficiente conforme a las indicaciones impartidas y toca repetir el procedimiento, asumo las consecuencias económicas y administrativas que se deriven de ello además de las repercusiones que esto podría repercutir en mi salud y bienestar.

Acepto que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar cualquier duda relacionada con las instrucciones previas al procedimiento. Estoy de acuerdo en seguir todas las recomendaciones proporcionadas por el equipo médico para minimizar los riesgos asociados con el procedimiento.

En virtud de lo anterior y entendido el contenido del presente consentimiento informado, así como, habiendo recibido la información solicitada, firmo y autorizo el uso de mi huella dactilar como mecanismo de verificación de identidad y como mecanismo de firma electrónica en este documento.