



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE INSERCIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA O COLÓNICA MEDIANTE ENDOSCOPIA

DON/DOÑA.....de.....d  
e edad, con domicilio en.....y  
DNI.....o  
DON/DOÑA..... de.....de edad,  
con domicilio en .....y DNI.....en calidad  
de .....(representante legal, familiar o  
allegado), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he  
sido debidamente informado/a, en virtud de los derechos que marca la Ley General de  
Sanidad y, en consecuencia, autorizo al Dr./Dra./Dres.  
....., para que me sea  
realizado el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico denominado:

- INSERCIÓN DE PRÓTESIS ESOFÁGICA
- INSERCIÓN DE PRÓTESIS COLÓNICA

Consiento la administración de medicación sedante o de otro tipo (en inyección), que sea necesaria o aconsejable para la mejor realización de la endoscopia.

Se me ha explicado y he comprendido los riesgos posibles de la exploración que incluyen: dolor torácico o abdominal tras la inserción de la prótesis, hemorragia digestiva alta (10%), perforación (5%), rectorragia (5%), migración de la prótesis (10 – 30%), tenesmo rectal (5%), complicaciones derivadas de la sedación profunda o anestesia, mediastinitis, fistulización, derrame pleural o peritonitis. Algunas de estas complicaciones puede requerir intervención quirúrgica. En relación con la sedación administrada, quedo informado de los efectos adversos que se pueden derivar de su administración y que son náuseas, vómitos, flebitis, reacciones alérgicas, hipotensión, depresión respiratoria, parada cardiorrespiratoria y muerte.

No se me han dado garantías de que se logren alcanzar los objetivos diagnósticos y terapéuticos previstos.

He comprendido la naturaleza y el propósito del procedimiento y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr./Dra./Dres.  
.....

Estoy satisfecho/a con la información recibida (beneficios, riesgos, alternativas) y por ello, **doy mi consentimiento** para que se me practique la exploración señalada más arriba.

Entiendo que este documento puede ser **revocado por mí en cualquier momento**, antes de la realización del procedimiento.

En La Laguna, a.....de.....de 2.....

Fdo, El/la paciente

El/la médico  
Nº colegiado:

El/la representante legal