

- ➔ He informado al médico de todos los datos de mi historia clínica, antecedentes, fármacos y enfermedades. El médico me ha advertido de la necesidad de informar de posibles alergias medicamentosas y alimentarias, alteraciones de la coagulación de la sangre, enfermedades cardiopulmonares (infartos, valvulopatía, asma, bronquitis crónica, apnea del sueño), existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, siendo especialmente importantes los anticoagulantes (como pueden ser Aspirina®, Clopidogrel®, Sintrom®, Aldocumar®), enfermedades infecciosas como hepatitis o cualquier otra circunstancia que pueda alterar la técnica y la evolución posterior del procedimiento.
- ➔ Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer, teniendo en cuenta mis circunstancias personales debido a que padezco:
- ➔ Estas circunstancias pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como:
- ➔ Igualmente autorizo al equipo médico a que, basándose en los hallazgos endoscópicos o de surgir algún imprevisto, modifique la técnica programada.
- ➔ Entiendo que, al objeto de no comprometer el fin del tratamiento ni los beneficios esperados con el mismo, resulta necesaria mi colaboración, cumpliendo las indicaciones que se me han efectuado tanto antes como después del procedimiento endoscópico y debiendo acudir a las revisiones que me pauté el médico.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

Expreso mi conformidad a la explicación recibida, la he comprendido y doyo mi consentimiento para que se lleve a cabo el proceso arriba indicado y he recibido una copia de este consentimiento.

Si usted desea más información de la que aquí se recoge, no dude en pedirla. Lo atenderemos gustosamente y le daremos todo tipo de aclaraciones. No es ninguna molestia para nosotros.

No obstante, esta conformidad podrá ser anulada durante el proceso.

Consiento el tratamiento de mis datos personales que, de acuerdo con la LO 15/1999, son recogidos con la finalidad de gestionar adecuadamente la intervención y su postproceso, e incorporados a los ficheros cuyo responsable es el Complejo Asistencial de Palencia. Puedo ejercer mis derechos de: acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Gerencia del Complejo Asistencial de Palencia.

En prueba de lo cual firmo.

Palencia, a día
Firma

MÉDICO INFORMADOR:

Declaro haber informado correctamente al enfermo.

Dr
Nº de COLEGIADO

PONER SELLO
Firma:

REPRESENTANTE LEGAL O TUTOR: por incompetencia o incapacidad del enfermo declaro haber sido informado correctamente y consiento la intervención

Nombre DNI

Firma:

OBSERVACIONES DEL PACIENTE / FAMILIAR / REPRESENTANTE LEGAL:

.....
Expreso mi NO CONSENTIMIENTO a que se me realice dicha intervención.

Nombre DNI

Fecha Firma:

TESTIGO DEL NO CONSENTIMIENTO, en su caso:

Nombre DNI

Fecha Firma:

ANULACIÓN DEL CONSENTIMIENTO: Deseo revocar el consentimiento dado previamente.

Nombre DNI

Fecha Firma: