

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Yo, Patricia Muñoz Dengifo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38868198 de Bogotá, actuando en nombre propio o como representante legal de _____ identificado con el documento de identidad _____ de _____ declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo SALCEDO PRIETO LUIS GERARDO, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto: 37508 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

1. El(la) doctor(a) SALCEDO PRIETO LUIS GERARDO me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cardiorrespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertensión maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: Lesión nerviosa, paro cardíaco, trombo embolismo pulmonar, infarto cardíaco, reacción alérgica, muerte.
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizó la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarillo, o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Patricia Monóz Rengifo

Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)

Tipo y Numero de Documento: CC. 38359-198

Nombre y Firma del Testigo

Nombre y Firma del Testigo

Tipo y Número de Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familia encargada.

Firma del Medico

SALCEDO PRIETO LUIS GERARDO

CC # 14876969

Registro Médico # 5786-81

Luis Fernando Lasso
ANESTESIOLOGIA
C.C. 6.430.164
R.E. 753442-10

Fecha:

DD MM
22/01/2018

Zertifikat Consentiment

11/02/2018



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Yo, Blanca Pamela Maldonado, mayor de edad identificado con el documento de identidad 3164XXXX de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Portocarrero Munguía de 33353198 declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo SALAZAR HERRERA ANDRES FELIPE, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto: 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa iliaca, periesplénico, perigástrico; ; 18600 - Laparoscopia exploradora: .

1. El(la) doctor(a) SALAZAR HERRERA ANDRES FELIPE me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paroplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasmo, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cardiorrespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.

2. En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: PARO CARDIACO, ARRITMIA, IAM, IAM, TEP, ANAFILAXIA, LESION NEUROLOGICA, LESION VIA AEREA, BRONCOASPIRACION, MUERTE.

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizó la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.

5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarillo, o drogas ilícitas. Así mismo iré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Andrés F. Salazar
Médico Anestesiólogo
RM 761147/10 Univalle

Blanca Pamela Maldonado
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y /o relación)

Tipo y Numero de Documento: 3164XXXX

Andrés F. Salazar
Firma del Médico
SALAZAR HERRERA ANDRES FELIPE
CC # 94482161
Registro Médico # 761147-2010

Nombre y Firma del Testigo

Fecha: 21/02/2018

Tipo y Numero de Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Rafael Muñoz Rengifo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38858198, actuando en nombre propio o como representante legal de _____ identificado con el documento de identidad _____ de _____, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico; ; 18600 - Laparoscopia exploradora: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico; ; 18600 - Laparoscopia exploradora:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: INFECCION, ABSCESO, ANGRADO, COLECCION, LESION INTESTINAL, LESION DE VIA BILIAR, FISTULA, LESION VASCULAR, LAPAROTOMIA, ABDOMEN ABIERTO, DOLOR CRONICO, RECHAZO DE MATERIAL SE SUTURA, DEFECTO CICATRIZAL, REINTERVENCION, MUERTE.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugia que incluye los siguientes procedimientos: 7140 - Drenaje absceso intraperitoneal; incluye epiplóico (omental), de fosa ilíaca, periesplénico, perigástrico; ; 18600 - Laparoscopia exploradora:

Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y/o relación)

Documento:

Firma del Médico
OSPINA TASCÓN AYMER FERNANDO
CC # 94396257
Registro Médico # 760412-97

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha: 21/02/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA

Brauna Morela Mounier Maun, mayor de edad identificado con el documento de identidad 51644440 de Bugan, actuando en nombre propio o como representante legal de patrocinador Mounier Maun identificado con el documento de identidad 38218192 de patrocinador Mounier Maun, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 9185 - Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: URGENCIA VITAL. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K823 - FISTULA DE LA VESICULA BILIAR.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 9185 - Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: URGENCIA VITAL

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrofica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: PERFORACION DE PULMON, NEUMOTÓRAX, HEMOTORAX, INFECCION, SANGRADO, OTROS NO PREVISTOS.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 9185 - Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: URGENCIA VITAL

Brauna Morela Mounier Maun
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Documento: 51644440

Guerra Salazar Jose Ignacio
Firma del Medico

GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO

CC # 16747504

Registro Médico # 76-0924

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha:

DD MM AAAA
05/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

CODIGO: FOR/308/015-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

Yo, Diana Lorela Davidson Leun, mayor de edad identificado con el documento de identidad 21645570 de Bugak, actuando en nombre propio o como representante legal de Potencia Murat Bengita identificado con el documento de identidad 38858198 de Bugak, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo _____, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Diana Lorela Davidson Leun
Nombre y Firma del Paciente o representante
Legal (parentesco y/o relación)
Tipo y Número de Documento:

Firma del medico

Nombre y Firma del Testigo
Tipo y Número de Documento:

Fecha: / /

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

CODIGO: FOR/308/017-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

Nombre :		Fecha :				
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.						
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO, TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS						
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERtermi. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.						
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA						
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.						
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.						
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.						
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.						
HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.						
ALERGIAS						
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.						
DROGAS:						
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES						
PREDICCIÓN INTUBACIÓN				OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA		
EXAMENES DE LABORATORIO						
ASA 1 2 3 4 5 6 U				PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN		ANESTESIOLOGO
Índice de trauma						
RESERVA:				DIAGNOSTICO: CODIGO:		
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:						
Firma y C.C. _____						

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Dra. Paula Pineda Ruiz, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644450 de Dagua, actuando en nombre propio o como representante legal de Familia Muñoz Benigno identificado con el documento de identidad 31644450 de Dagua, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado; ; 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico 1878 - OTROS TRASTORNOS VENOSOS ESPECIFICADOS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado; ; 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

usea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, SEPSIS Y MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado; ; 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

Dra. Paula Pineda Ruiz
Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y/o relación)

Documento:

ESMERAL LEAL MIGUEL
Firma del Medico
ESMERAL LEAL MIGUEL
CC # 16450997
Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo

Fecha: 08/03/2018

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

CODIGO: FOR/308/015-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

Yo, Yvonne Marcela Plandon M., mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Botanica Muñoz Rengifo, identificado con el documento de identidad 38858198 de Buga Valle, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo Erwin Guareño, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) Erwin Guareño me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorrespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipotermia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:
Nada
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Yvonne M. Plandon
Nombre y Firma del Paciente o representante
Legal (parentesco y/o relación) 31644440
Tipo y Número de Documento:

Erwin Guareño
Firma del medico

Nombre y Firma del Testigo
Tipo y Número de Documento:

Fecha: 10 / Mar / 2018

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

CODIGO: FOR/308/017-14**FECHA DE EMISION: 30/04/2014****VERSION: 001****Nombre :****Fecha :****SEXO:****EDAD:****PESO:****EST:****TA:****FC:****T:**

CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.

RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS

METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD
ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMI. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.

GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA

RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.

NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.

MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.

HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.

HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.

ALERGIAS

GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.

DROGAS:

ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES

PREDICCIÓN INTUBACIÓN

OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA

EXAMENES DE LABORATORIO

ASA 1 2 3 4 5 6 U

PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN

ANESTESIÓLOGO

Índice de trauma

RESERVA:

DIAGNOSTICO:

CODIGO:

CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:

Firma y C.C. _____

ESPECIALIDAD DE: _____

Yo, Gloucia Pamela Obispo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644446 de Bugá, actuando en nombre propio o como representante legal de Fornein Pura Pacifico identificado con el documento de identidad 3884778 de Bugá, en forma voluntaria consiento que él (la) Doctor (a):
Dr. Agustin
y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGIA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento (s):

La cual es realizada como tratamiento para el diagnostico: Tratamiento pulmonar
V.O. Alergia

La Cirugía es el tratamiento escogido por mí y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una ciencia exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): _____

Nauseas y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Quemaduras, Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Tratamiento
Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a), de 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 que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos:

Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación)
Fornein Pura Pacifico
Documento: 31644446

Firma del médico

Dr. Agustin
M 16527000

Nombre y Firma del Testigo
Documento:

Fecha: 1 / 1

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Francisca Platon Ruiz, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Bvg (actuando en nombre propio o como representante legal de Francisca Ruiz Reyes identificado con el documento de identidad 38213198 de Bvg en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7252 - Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía; ; 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico R100 - ABDOMEN AGUDO.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7252 - Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía; ; 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

... sea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible. Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, LESION INTESTINAL, VASCULAR Y NEUROLOGICA, SEPSIS Y MUERTE,

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 7252 - Reexploración de vías biliares; incluye colangiografía; ; 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Documento:

31644440

Firma del Médico

ESMERAL LEAL MIGUEL

CC # 16450997

Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha: 23/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO**

CODIGO: FOR/308/015-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

Yo, Isaura Monica Briceón M, mayor de edad identificado con el documento de identidad 3164440 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Patricia Ruiz Puentes identificado con el documento de identidad 33258178 de Buga Valle, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo _____, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) Miller me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:
Quemadura - amplexo - anestesia
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación) Isaura Monica Briceón M
Tipo y Número de Documento: 3164440

Firma del médico Medico Anesthesiologo
C.C. 29.254.321 Buga
R.M. 75. 2731 Buga
2007

Nombre y Firma del Testigo
Tipo y Número de Documento:

Fecha: 1 / 1


Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

CODIGO: FOR/308/017-14**FECHA DE EMISION: 30/04/2014****VERSION: 001**

Nombre :		Fecha :				
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.						
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS						
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMI. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.						
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA						
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.						
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.						
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.						
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.						
HEPATICO: HEPATTIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.						
ALERGIAS						
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.						
DROGAS:						
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES						
PREDICCIÓN INTUBACIÓN				OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA		
EXAMENES DE LABORATORIO						
ASA 1 2 3 4 5 6 U				PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN		ANESTESIOLOGO
Índice de trauma						
RESERVA:				DIAGNOSTICO:	CODIGO:	
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:						
Firma y C.C. _____						

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS	CODIGO: FOR/3211/010-14
		FECHA DE EMISIÓN: 30/04/2014
		ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016
		VERSION: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)

Yo Patricia Aurora Dary Pardo

identificado (a)

como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el médico

Sobre los objetivos del procedimiento denominado TRANSFUSIÓN la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este producto sanguíneo.

Ha sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean aplicadas _____ unidades de _____

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi médico tratante lo ocurrido para que adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente

Patricia Aurora Dary Pardo

Fecha

C.C. o NIT.

39858748



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA

Yo, Shoua Morla Moudon Murte, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Patricia Murte Bengio, actuando en nombre propio o como representante legal de Patricia Murte Bengio, identificado con el documento de identidad 38858198 de Patricia en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7121 - Laparotomía exploradora: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico Z988 - OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7121 - Laparotomía exploradora:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos Estéticos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular o de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, HEMATOMA, LESION DE UN INTESTINO, REINTERVENCION, ABDOMEN ABIERTO

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 7121 - Laparotomía exploradora:

Shoua Morla Moudon Murte
Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y /o relación)
Documento: X 31644440.

GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO
Firma del Medico
GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO
CC # 16747504
Registro Médico # 76-0924

Nombre y Firma del Testigo
Documento:

Fecha: 10/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

CODIGO: FOR/3217/002-17

FECHA DE EMISION: 24/11/2017

ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018

VERSION: 002

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor _____ y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

Esofagogastroduodenoscopia _____

Ligadura de varices esofágicas _____

Extracción de cuerpo extraño en esófago _____

Polipectomía endoscópica gástrica _____

Control Endoscópico de Sangrado Activo _____

Gastrostomía Percutánea endoscópica _____

Bajo sedación Endovenosa SI _____ NO _____

Con anestesia local SI _____ NO _____

¿COMO SE REALIZA?

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

¿QUE RIESGOS TIENE?

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardíaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.

- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.

- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.

- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.

- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.

- No puede donar sangre durante un año

MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible): Patricio Muñoz Rengifo

Documento de identidad: 38858198

FIRMA: [Firma]

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO: Blanca Marcela Blaudón Fleury

Documento de identidad: 28218198

FIRMA: [Firma]

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor _____ he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA: _____

**CONSENTIMIENTO****"Anexo 2" - HIV**

Por medio del presente de manera voluntaria y sin coacción alguna manifiesto que doy mi consentimiento al **LABORATORIO ANGEL** y a su **EQUIPO DE SALUD**, para que efectúe los análisis que determinan la presencia de anticuerpos contra el **VIH - 1 y 2**.

De igual forma expreso que he sido ilustrado (a) e informado (a) sobre las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a practicar, los riesgos implícitos que dicho procedimiento conlleva y las características y los riesgos justificados de posible precisión en dicho procedimiento. Declaro que me encuentro satisfecho(a) con la información suministrada por el equipo de salud, quienes me han dado la oportunidad de preguntar y han resuelto mis inquietudes y dudas a satisfacción y por ende les eximo de cualquier eventualidad resultante de tales hechos. Igualmente entiendo que es mi responsabilidad reclamar los resultados directamente al laboratorio o a través de mi servicio de salud de forma oportuna, de acuerdo a la fecha indicada por el laboratorio para la entrega del resultado.

El Laboratorio Angel propenderá para que su equipo de salud mantenga la confidencialidad de los resultados de las pruebas a mí realizadas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 del Decreto 1543 de 1997 y sus complementarios sobre revelación del Secreto Profesional.

En caso de obtener una prueba positiva, entiendo que de conformidad a lo dispuesto en el artículo 20 del Decreto 1543 de 1997, es obligación del Laboratorio Angel, y su Equipo de Salud notificar los casos de infección por el virus de inmunodeficiencia Humana HIV, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como de las demás Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) a las Direcciones Territoriales de Salud o quienes hagan sus veces, so pena de ser sancionados de conformidad a lo dispuesto en el citado decreto y demás normas aplicables, y sin perjuicio de que puedan llegar a incurrir en el delito de violación a las medidas sanitarias establecidas en el Código Penal. El secreto profesional no podrá ser invocado ni alegado como impedimento para suministrar dicha información.

El Paciente

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA _____

CC No. _____ de _____

ACUDIENTE _____

FIRMA _____

CC No. 31644420 de Puga

Número de Referencia: _____

Fecha: _____

El Laboratorio

Responsable de la Consejería: _____

Dr. Edgar Manrique
Médico General
UCI/Urgencias
C.C. 94.477.065
R.M. 7650

Tiempo de retención: Área: 5 años/ Inactivo: NA Disposición Final: Destruir

Huella

FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE
Guadalajara de Buga
Nit. 891.380.054 - 1

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSION DE PRODUCTOS
SANGUINEOS**

(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)

Yo _____ identificado (a) como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el médico _____ Sobre los objetivos del procedimiento denominado TRANSFUSION la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este producto sanguíneo.

He sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

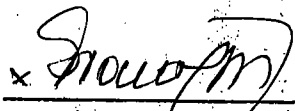
Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean Aplicadas _____ unidades de _____.

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición clínica patológica.

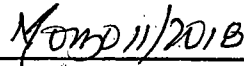
He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi médico tratante lo ocurrido para que adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente

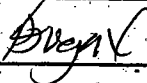
x 

Fecha



C.C. o NIT.

x 31644440



Patricia Muñoz Revollo
CC: 38858198



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

CODIGO: FOR/3217/002-17

FECHA DE EMISION: 24/11/2017

ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018

VERSION: 002

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE**

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor Pedro Nieto y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

Esofagogastroduodenoscopia _____
Ligadura de varices esofágicas _____
Extracción de cuerpo extraño en esófago _____
Polipectomía endoscópica gástrica _____
Control Endoscópico de Sangrado Activo _____
Gastrostomía Percutánea endoscópica 7

Bajo sedación Endovenosa SI _____ NO X

Con anestesia local SI _____ NO _____

¿COMO SE REALIZA?

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

¿QUE RIESGOS TIENE?

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardíaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.

- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año.

MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible):

Documento de identidad:

FIRMA:

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO:

Documento de identidad:

FIRMA:

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

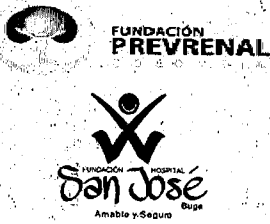
Yo, Doctor Pedro Nieves he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA:

11/03/2018

	CONSENTIMIENTO INFORMADO IMPLANTE DE CATETER VASCULAR PARA DIALISIS Y TERAPIA DIALÍTICA	CÓDIGO: FOR/3216/001-16
		FECHA EMISIÓN: 06/05/2016
		ACTUALIZACIÓN: 28/06/2016
		VERSIÓN: 001

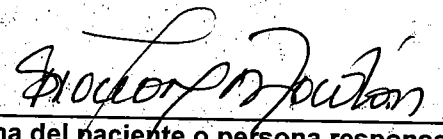
IMPLANTE DE CATETER VASCULAR PARA DIALISIS

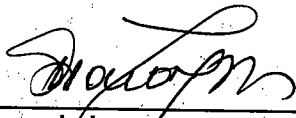
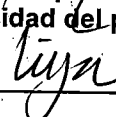
1. Por la presente autorizo al doctor a realizar en mí o en el paciente el procedimiento denominado **IMPLANTACION DE CATETER SUBCLAVIO, YUGULAR O FEMORAL**, que se llevara a cabo el día ____ mes ____ año ____ Hora ____.
2. El doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósitos del procedimiento, también me ha informado de las ventajas, molestias y posibles complicaciones que se puedan presentar en especial: Alergia a la anestesia, sangrado, hemotórax, neumotórax, infección, embolismo aéreo e incluso el fallecimiento del paciente.

El procedimiento de implante de catéter es requisito para realizar la terapia de hemodiálisis.

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (HEMODIALISIS)

3. El Dr. _____ me ha explicado la naturaleza del procedimiento de **TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (HEMODIALISIS)**, que se llevara a cabo el día ____ mes ____ año ____ Hora ____.
4. Entiendo que en el curso de los procedimientos pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si se consideran necesarios.
5. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.
6. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento y en constancia firmo. El día ____ del mes ____ del año ____.

x 
Firma del paciente o persona responsable
C.C. 3164444D.

x 
Firma de la persona responsable en caso de
Incapacidad del paciente.
C.C. _____
Parentesco: x 

"Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos y posibles complicaciones de los procedimientos citados y he contestado todas las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado"

Fecha: _____ Firma del médico: _____ N° Registro: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

CODIGO: FOR/308/015-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

Yo, Enaela Ponola Dacibon, mayor de edad identificado con el documento de identidad 3164440 de Dugu, actuando en nombre propio o como representante legal de Perma Fleo Koyro identificado con el documento de identidad 3825872 de Dugu, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo _____, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: _____
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación) Enaela Ponola Dacibon
Tipo y Número de Documento: 3164440

Firma del medico

M.D. ANESTESIOLOGO
I.P. 760537-97 R.M.P.S. 002433
C.C. 76314863 Popayan

Nombre y Firma del Testigo
Tipo y Número de Documento:

Fecha: 1 / 1 / Mayo 19 / 18

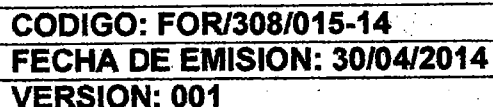
Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

CODIGO: FOR/308/017-14**FECHA DE EMISION: 30/04/2014****VERSION: 001**

Nombre :		Fecha :				
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.						
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS						
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERTERMIA MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.						
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPECTICA, SANGRADO, HERNIA DIAITAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA						
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DIALISIS.						
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILLAN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.						
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.						
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.						
HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.						
ALERGIAS						
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATORIOS, EMBARAZO.						
DROGAS:						
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES						
PREDICCIÓN INTUBACIÓN				OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA		
EXAMENES DE LABORATORIO						
ASA 1 2 3 4 5 6 U				PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN		ANESTESIOLOGO
Índice de trauma						
RESERVA:				DIAGNOSTICO:	CODIGO:	
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:						
Firma y C.C. _____						



Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado



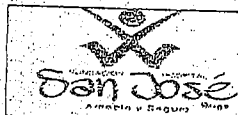
EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

CODIGO: FOR/308/017-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

Nombre :		Fecha :								
SEXO:	EDAD:	PESO:	EST:	TA:	FC:	T:				
CARDIOVASCULAR, HTA, ENFERMEDAD CORONARIA, ARTEROSCLEROSIS, ANGINA, ARRITMIA, ICC, IM, VALVULOPATIA, SOPLO, CLAUDICACIÓN, INSUFICIENCIA VENOSA, TROMBOFLEBITIS, ACCESOS VENOSOS, CLASE NYHA.										
RESPIRATORIO: EPOC, ASMA, TOS, INFECCIÓN RECIENTE, DISNEA, CIGARRILLO; TBC, OBSTRUCCIÓN VIA ÁREA, ESPUTO, CIFOESCOLIOSIS										
METABOLICO: DIABETES, TIROIDES, PARATIROIDES, ADRENAL, ESTEROIDES, OBESIDAD ENF. FARMACOGENETICA: HIPERtermi. MALIGNA, COLINESTERASA, PORFIRIAS.										
GASTROINTESTINAL: DENTADURA, ESTOMAGO LLENO, ENFERMEDAD ACIDOPECTICA, SANGRADO, HERNIA DIATAL, OBSTRUCCIÓN, VOMITO, DIARREA										
RENAL: INFECCIÓN, INSUFICIENCIA, DIURETICOS, DÍALISIS.										
NEUROLOGO: ESTADO MENTAL, EPILEPSIA, ACV, GUILAIN BARRE, HIPERTENSIÓN GLASGOW, LESION MEDULAR.										
MUSCULO ESQUELETICO: MIASTENIA, TETANOS, CIFOESCOLIOSIS, QUEMADURAS, ARTRITIS.										
HEMATOLOGICOS: ANEMIA, HEMOFILIA, ANTICOAGULANTES, REACCIÓN A TRANSFUSIÓN.										
HEPATICO: HEPATITIS, CIRROSIS, ICTERICIA, VIAS BILIARES.										
ALERGIAS										
GINECO- OBSTETRICO: F.U.M. ANOVULATARIOS, EMBARAZO.										
DROGAS:										
ANESTESIAS PREVIAS: TECNICA-FECHA-COMPLICACIONES										
PREDICCIÓN INTUBACIÓN				OTROS: HIV – TESTIGO DE JEHOVA ALCOHOLISMO – DROGADICCIÓN RAZA						
EXAMENES DE LABORATORIO										
ASA	1	2	3	4	5	6	U	PLAN ANESTESICO Y PREMEDICACIÓN		ANESTESIOLOGO
Índice de trauma										
RESERVA:								DIAGNOSTICO:	CODIGO:	
CONSENTIMIENTO: Habiendo sido informado de naturaleza, propósito, complicaciones y riesgos de los procedimientos anestésicos necesarios para mi intervención quirúrgica, autorizo al anestesiólogo para practicarlos:										
Firma y C.C. _____										



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

CODIGO: FOR/308/016-14

FECHA DE EMISION: 30/04/2014

VERSION: 001

ESPECIALIDAD DE:

Yo, Donna Anela Baidon, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Buenos Aires, actuando en nombre propio o como representante legal de Donna Anela Baidon identificado con el documento de identidad 38888888 de Buenos Aires, en forma voluntaria consiento que él (la) Doctor (a):
y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGIA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento (s):

La cual es realizada como tratamiento para el diagnostico:

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una ciencia exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Medico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s):

Nauseas y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Quemaduras, Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular o de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después; me encuentro satisfecho(a), de 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 que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos:

Nombre y Firma del Paciente o representante Legal (parentesco y/o relación)
Documento:

Firma del medico

Nombre y Firma del Testigo
Documento:

Fecha: / /

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

Yo, Diana Marcela Davidson Muñoz, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de Roberto Muñoz Peñeros identificado con el documento de identidad 38858198 de Buga, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): CORREA MARIN JESSICA y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K650 - PERITONITIS AGUDA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos stésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: FISTULA BILIAR, COLECCIONES RESIDUALES, REINTERVENCIONES, ISO, LESIONES INTESTINALES

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico:

Diana Marcela Davidson Muñoz
Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y/o relación)

Documento: 31644440 Buga

Jessica Correa Marin
Firma del Medico
CORREA MARIN JESSICA
CC # 1130604103
Registro Médico # 73112110

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha: DD MM AAAA
15/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICO ESPECIALISTA EN CIRUGIA

Yo Stania Lorela Boudon Puen, mayor de edad identificado con el documento de identidad 31644440 de Buga actuando en nombre propio o como representante legal de Botacio Puen Puen identificado con el documento de identidad 3888798 de Buga en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: URGENCIA VITAL. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K650 - PERITONITIS AGUDA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: URGENCIA VITAL

isea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos estésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: COLECCIONES RESIDUALES, REINTERVENCIONES, FISTULA BILIAR, INFECCIONES, LESIONES INTESTINALES, SANGRADO, MUERTE.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugia que incluye los siguientes procedimientos: 7144 - Lavado peritoneal postquirúrgico: URGENCIA VITAL

Stania Lorela Boudon Puen
Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y/o relación)

Documento: 31644440

Guerra Salazar Jose Ignacio
Firma del Medico
GUERRA SALAZAR JOSE IGNACIO
CC # 16747504
Registro Médico # 76-0924

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

DD MM AAAA
Fecha: 19/03/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRANSFUSIÓN DE
PRODUCTOS SANGUÍNEOS

CODIGO: FOR/3211/010-14
FECHA DE EMISION: 30/04/2014
ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016
VERSION: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS
SANGUÍNEOS

(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)

Yo Potricia Muñoz Pezoso identificado (a)
como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el
médico

Dina Castro Sobre los objetivos del procedimiento denominado
TRANSFUSIÓN de sangre y los beneficios que representa para el suscrito recibir este
producto sanguíneo.

Ha sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal
procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada
pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido
explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean aplicadas
2 unidades de Concentrado glóbulos

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido
considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición
clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación
extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi médico tratante lo ocurrido para que
adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mí en su
integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las
preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido
satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente [Firma] Fecha 18/04/2018

C.C. o NIT. 31644440 [Firma]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricia Muñoz Rengifo, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38858198 de _____, actuando en nombre propio o como representante legal de _____ identificado con el documento de identidad _____ de _____, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico J90X - DERRAME PLEURAL NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mí y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA:

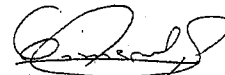
Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos iatrogénicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, LESION PULMONAR, VASCULAR Y NEUROLOGICA, SEPSIS Y MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA

Patricia Muñoz Rengifo
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Documento: 31.644.440 Leza



Firma del Médico
ESMERAL LEAL MIGUEL
CC # 16450997
Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha: DD MM AAAA
28/04/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Yo, Uriana A. Mendoza, mayor de edad identificado con el documento de identidad 1115063041 de Buga, actuando en nombre propio o como representante legal de PATRICIA MUÑOZ RENGIFO identificado con el documento de identidad 38858198 de Buga, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo SANDOVAL PAZ HAROLD ARNOLDO, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto: 6102 - Toracostomía con drenaje cerrado: DERECHA.

1. El(la) doctor(a) SANDOVAL PAZ HAROLD ARNOLDO me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.

2. En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: paro cardíaco muerte.

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.

5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarillo, o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Patricia Muñoz R.
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Tipo y Numero de Documento: 38858198

[Firma]
Firma del Médico
SANDOVAL PAZ HAROLD ARNOLDO
CC # 76314863
Registro Médico # 76-0537/97


Fecha: 07/05/2018

Uriana A. Mendoza
Nombre y Firma del Testigo

Tipo y Numero de Documento: * 1115063041 Buga

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

Patricio Muñoz Zancirio
38858198

	CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	CODIGO: FOR/3217/002-17
		FECHA DE EMISION: 24/11/2017
		ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018
		VERSION: 002

ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor Miguel Esmeida y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

Esofagogastroduodenoscopia _____
Ligadura de varices esofágicas _____
Extracción de cuerpo extraño en esófago _____
Polipectomía endoscópica gástrica _____
Control Endoscópico de Sangrado Activo _____
Gastrostomía Percutánea endoscópica ☒

Bajo sedación Endovenosa SI ☒ NO _____

Con anestesia local SI _____ NO _____

¿COMO SE REALIZA?

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

¿QUE RIESGOS TIENE?

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardíaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorrespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.

- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año

MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible): Palma Muñoz Rengifo.
Documento de identidad: 39868198
FIRMA: _____
ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO: X Viviana Andrea Mendez Sanchez
Documento de identidad: 1115063 041 B 692
FIRMA: X [Firma]

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:


Yo, Doctor Miguel Esmeral he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento así como sus riesgos y alternativas.

[Firma]
Dr. Miguel Esmeral
Caja Cost. Endoscopia Digestiva
R.M. 16525
San José
FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

Alicia Rodas

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA: 07-05-2018

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS	CODIGO: FOR/3211/010-14
		FECHA DE EMISIÓN: 30/04/2014
		ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016
		VERSION: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)

Yo Patricia María Pineda identificado (a) como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el médico

María Gilda Zúñiga Sobre los objetivos del procedimiento denominado TRANSFUSIÓN la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este producto sanguíneo.

Ha sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.

Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean aplicadas 2 unidades de Glóbulos Rojos.

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi médico tratante lo ocurrido para que adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente X Hapi Herrera Fecha 15/05/2018
C.C. o NIT. 38858198 LUJ.004.420



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Yo, Simón Paredón, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38853724 de 3.55, actuando en nombre propio o como representante legal de identificado con el documento de identidad de de declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anestesiólogo LASSO LUIS FERNANDO, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto: 3502 - Traqueostomía.

1. El(la) doctor(a) LASSO LUIS FERNANDO me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o traquea, laringoespasmo, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.

2. En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: ALERG AS
ARRITMIAS
PARO CARDIACO
MUERTE.

3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.

4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizó la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.

5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas, como alcohol, cigarillo, o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Simón Paredón
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (parentesco y/o relación)

Tipo y Numero de Documento: 38853724

Lasso

Firma del Medico
LASSO LUIS FERNANDO
CC # 6430164

Registro Médico # 765442/2010

Nombre y Firma del Testigo

Fecha: DD MM 11/05/2018

Tipo y Numero de Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Simón P. Cardenas, mayor de edad identificado con el documento de identidad 8853721 de 30 años, actuando en nombre propio o como representante legal de 8853721 identificado con el documento de identidad 8853721 de 30 años, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico J961 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía:

Empeora y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Delirio, Incontinencia de esfínteres, Disfagia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO INFECCION, LESION DE VIA AEREA, SEPSIS Y MUERTY,

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 3502 - Traqueostomía:

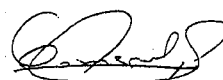
Simón P. Cardenas
Nombre y Firma del Paciente o representante legal(parentesco y /o relación)

Documento:

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



Firma del Medico

ESMERAL LEAL MIGUEL

CC # 16450997

Registro Médico # 16525

Fecha:

DD MM AAAA
11/05/2018

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

Yo, KERINZ VIVIANE MARTINEZ COSTA, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38836090 de BUGA, actuando en nombre propio o como representante legal de _____ identificado con el documento de identidad _____ de _____, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): CORREA MARIN JESSICA y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: BAJO GUIA ECOGRAFICA. La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico K658 - OTRAS PERITONITIS.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: BAJO GUIA ECOGRAFICA

Enfermedades y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloidé), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, NEUMOTORAX, HEMOTORAX

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 9185 - Implantación de cáteter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: BAJO GUIA ECOGRAFICA

KERINZ V. MARTINEZ COSTA
Nombre y Firma del Paciente o representante
legal(parentesco y /o relación)

Documento: 38836090 Buga

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

Jessica Correa Marin
Firma del Medico
CORREA MARIN JESSICA
CC # 1130604103
Registro Médico # 73112110

Fecha: DD MM AAAA
31/05/2018

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.
- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.
- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año.

MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible): ROSTENDA

Documento de identidad: 3164440

FIRMA: [Firma]

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO: [Firma]

Documento de identidad: 3164440

FIRMA: [Firma]

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor [Firma] he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA [Firma]

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA [Firma]

FECHA: 16/05/2018

Patricia Muñoz Rengifo
Diana Jonele Macdon



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**

CODIGO: FOR/3217/002-17

FECHA DE EMISION: 24/11/2017

ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018

VERSION: 002

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE**

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor _____ y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

Esofagogastroduodenoscopia _____

Ligadura de varices esofágicas _____

Extracción de cuerpo extraño en esófago _____

Polipectomía endoscópica gástrica _____

Control Endoscópico de Sangrado Activo _____

Gastrostomía Percutánea endoscópica _____

Bajo sedación Endovenosa SI ☒ NO ☐

Con anestesia local SI ☐ NO ☒

¿COMO SE REALIZA?

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.


¿QUE RIESGOS TIENE?

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:

- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.

- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

Patricia Muñoz Riquifo
38858198

 Fundación Hospital San José Amable y Seguro	CONSENTIMIENTO INFORMADO ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	CODIGO: FOR/3217/002-17
		FECHA DE EMISION: 24/11/2017
		ACTUALIZACIÓN: 20/02/2018
		VERSION: 002

**ANTES DE DILIGENCIAR ESTE DOCUMENTO, NO DUDE DE PEDIR CUALQUIER
INFORMACION ADICIONAL QUE DESEE**

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIENTE:

La endoscopia es un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y duodeno que permite al médico conocer más exactamente la causa de sus molestias, además de poder descubrir precozmente enfermedades que pueden llegar a ser graves. Este consentimiento pretende informarle sobre la exploración y sus riesgos. Si después de leerlo tiene alguna duda, coméntela con su médico.

He comprendido perfectamente todo lo anterior y doy mi consentimiento para que el Doctor JOE LUIS OPAZ y su equipo técnico profesional me realicen el procedimiento de:

Esofagogastroduodenoscopia ☒
Ligadura de varices esofágicas ☐
Extracción de cuerpo extraño en esófago ☐
Polipectomía endoscópica gástrica ☐
Control Endoscópico de Sangrado Activo ☐
Gastrotomía Percutánea endoscópica ☐

Bajo sedación Endovenosa SI ☒ NO ☐

Con anestesia local SI ☐ NO ☐

¿COMO SE REALIZA?

Tras recoger este documento firmado, el personal le invitará a ponerse una bata y retirar gafas, dentaduras postizas, etc. Si usted lo desea, se le puede inyectar un sedante tras colocar un catéter en una vena del brazo con lo que apenas notará la exploración. En ocasiones, se aplica en la garganta un anestésico local con el mismo fin. Se le acostará sobre el lado izquierdo y tras colocar un protector dental, el médico le introducirá por la boca un tubo flexible (el endoscopio) para explorar el esófago, el estómago y el duodeno. El endoscopio no causa dolor ni le dificultará la respiración. La exploración durará entre 5 y 15 minutos. Habitualmente se toman muestras de biopsia mediante una pinza pequeña sin causar ningún dolor o molestia adicional. De esta forma se pueden diagnosticar enfermedades que a simple vista pueden pasar desapercibidas.

¿QUE RIESGOS TIENE?

- La endoscopia es una exploración rutinaria de muy bajo riesgo. Sin embargo, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no está exenta de riesgos. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad:
- Muy raramente puede producirse una lesión de la pared del tubo digestivo, llegando incluso a la perforación del mismo. Esta complicación puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Tras la toma de muestras de biopsia suele producirse un pequeño sangrado que cede espontáneamente. Muy raramente puede producirse un sangrado importante, que se trata

inmediatamente durante la misma endoscopia. Si en las horas siguientes a la exploración nota dolor o las deposiciones son de un color negro alquitrán comuníquenoslo.

- Muy raramente puede comprometerse la función cardiaca o respiratoria durante la endoscopia, llegando incluso a la parada cardiorespiratoria, en especial si se ha administrado un sedante. Durante la exploración, tanto el médico como sus asistentes van a controlar dichas funciones, reduciendo así de forma marcada la posibilidad de esta complicación.

- Como con cualquier medicamento, pueden producirse reacciones alérgicas a alguno de ellos.

- Otras posibles complicaciones incluyen el paso de bacterias a la sangre, que requiere un tratamiento antibiótico, la rotura o pérdida de alguna pieza dental.

¿QUE PREPARACION SE NECESITA?

Su estómago debe estar vacío, por lo que no debe beber ni comer nada en las 8 horas previas a la exploración. Si ha de tomar algún tratamiento, tómelo con un vaso de agua. No acudirá con los labios ni las uñas pintadas.

¿QUÉ DEBE TENER EN CUENTA TRAS LA EXPLORACIÓN?

- Si se le aplicó anestésico local en la garganta, no debe beber ni comer nada hasta pasada al menos media hora tras la exploración.
- Si presenta dolor o algún otro tipo de molestias tras la endoscopia (por ejemplo: mareo, náuseas, vómito de sangre) informe rápidamente a su médico.
- Si le ha sido inyectado un sedante es recomendable que alguien le acompañe tras la exploración.
- No debe conducir, trabajar con maquinaria o en puestos de trabajo de riesgo, o incluso tomar decisiones importantes hasta transcurridas al menos 24 horas.
- No puede donar sangre durante un año

MANIFIESTO

Que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado, en un lenguaje claro y sencillo, y que me ha permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado. Que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento. También entiendo que puedo revocar el consentimiento que ahora presto en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra legible):

Documento de identidad:

FIRMA:

ACUDIENTE, FAMILIAR O ALLEGADO:

Documento de identidad:

FIRMA:

DECLARACIÓN Y FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA:

Yo, Doctor Dr. José Luis López he informado al paciente y/o su acudiente del propósito y naturaleza de este procedimiento, así como sus riesgos y alternativas.

FIRMA DEL MEDICO ENDOSCOPISTA

AUXILIAR DE ENDOSCOPIA

FECHA:

Junio 8/18

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Simón Rodríguez, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38853724 de 38853724 de 38853724 identificado con el documento de identidad 38853724 de 38853724, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): ESMERAL LEAL MIGUEL y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico J961 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 3502 - Traqueostomía:

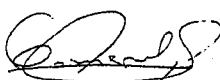
Nausea y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos de estéticos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Disfagia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: SANGRADO, INFECCION, SEPSIS Y MUERTE, LESION DE VIA AEREA Y DIGESTIVA, NEUMOTORA X

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan éste procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 3502 - Traqueostomía:

Simón Rodríguez
Nombre y Firma del Paciente o representante
legal(parenesco y/o relación) 38853724

Documento:



Firma del Médico

ESMERAL LEAL MIGUEL

CC # 16450997

Registro Médico # 16525

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Fecha: DD MM AAAA
08/06/2018

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

CODIGO: FOR/3211/015-14

FECHA DE EMISION: 04/03/2016

ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016

VERSION: 002

Yo, Simón Barboza, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38863724 de Costa Rica, actuando en nombre propio o como representante legal de Isabella Muñoz Barboza identificado con el documento de identidad _____ de _____, declaro, que he acudido a la consulta preanestésica, he sido interrogado por el médico anesthesiologo _____, quien me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo los riesgos previos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto:

1. El (la) doctor(a) _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mi o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vomito, mareo, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejia), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, paro cariorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertemia maligna y hasta la muerte.
2. En mi caso particular el (la) doctor(a), me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: _____
3. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
4. Entiendo que durante el curso de la anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento anestésico y/o llevar a cabo procedimientos adicionales, por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primer prioridad.
5. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
6. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias toxicas, como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entiendo que si no las sigo mi vida o mi salud podrían verse afectadas.

Nombre y Firma del Paciente o representante
Legal (parentesco y/o relación)
Tipo y Número de Documento:


Simón Barboza
Nombre y Firma del Testigo
Tipo y Número de Documento: 38863724

Firma del medico

Dr. Fernando Pardo
Isabella Muñoz Barboza

Fecha: 08 / VI / 2018

Nota En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS	CODIGO: FOR/3211/010-14
		FECHA DE EMISIÓN: 30/04/2014
		ACTUALIZACIÓN: 21/07/2016
		VERSION: 001

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

(Otorgado en desarrollo del artículo 47 del decreto 1571 de 1993)

Yo Maria del Pilar Herrera Drian identificado (a) como aparece al pie de mi firma, declaro que he sido informado por el médico David Hernández Sobre los objetivos del procedimiento denominado TRANSFUSIÓN la necesidad y los beneficios que representa para el suscrito recibir este producto sanguíneo.

Ha sido advertido y he comprendido que existe un mínimo riesgo de que tal procedimiento, a pesar de que la sangre ha sido cuidadosamente examinada y probada pueda llegar a transmitirse infecciones o afectarme en mi salud. Igualmente me han sido explicadas las alternativas a la transfusión y los riesgos y consecuencias de no recibirla.


Por consiguiente en forma libre otorgo mi consentimiento para que me sean aplicadas 2 unidades de Globulos Rojos

Dejo expresa constancia de que la cantidad de productos que se me aplican ha sido considerada por mi médico tratante previa evaluación que ha hecho de mi condición clínica patológica.

He sido advertido (a) de que en caso de llegarse a presentar cualquier manifestación extraña, debo manifestarle de manera inmediata a mi medico tratante lo ocurrido para que adopte la conducta profesional a que haya lugar.

Declaro expresamente que este documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que me ha brindado la oportunidad de aclarar mis dudas y hacer las preguntas que he estimado pertinente sobre la transfusión, habiendo recibido satisfactorias explicaciones al respecto.

Firma del paciente [Firma] Fecha 07/06/18
C.C. o NIT. 110084420

	DESISTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO:FOR/2001/005-16
		FECHA EMISIÓN:12/08/2016
		ACTUALIZACIÓN:22/12/2017
		VERSIÓN:002

Fecha 29/06/2018/ Hora 10+14 Documento de identidad de usuario _____

Procedimiento, actividad o tratamiento _____

Yo, _____, identificado con cedula de ciudadanía No. _____ de _____, por medio de la presente constancia y en pleno uso de mis facultades mentales, **manifiesto que otorgo de manera libre y consciente desistimiento** para la realización del siguiente (s) procedimiento (s) y/o tratamiento (s):

1. Reanimación Cardio Cerebro Pulmonar
2. _____
3. _____
4. _____

EXCLUSIVO PARA PACIENTES EN INCAPACIDA FISICA O MENTAL

En caso de que el paciente no se encuentre en capacidad de suscribir el presente desistimiento, podrán hacer uso del desistimiento **EXCLUSIVAMENTE** los familiares en primer grado de consanguinidad, primero de afinidad y primero civil además, deberán estar de acuerdo con la solicitud de desistimiento todos los familiares facultados por la ley para tomar la decisión que se circunscribe, en caso contrario, deberá aportarse pronunciamiento de Juez competente por medio del cual se faculte a otra persona para ejercer las facultades legales del paciente.

Yo, Glennys Patricia Rodríguez Hernández, identificado con cedula de ciudadanía No. 31.644.440 de Buga, en **CALIDAD DE** (parentesco) hija del Señor (a) Patricia Guzmán Panguipo, por medio de la presente constancia y en pleno uso de mis facultades mentales y legales **manifiesto que desisto** del procedimiento (s) y/o tratamiento (s) que deban practicarse al paciente _____.

La razón por el cual desisto del procedimiento a realizar es de carácter:

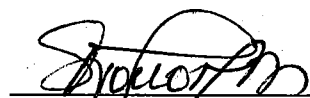
Religioso ☐ Étnico ☐ Político ☐ Cultural ☐ Otro ☒

Evidente Situación Psicológica en Detenido
Constante

Manifiesto que entiendo y soy consciente que este procedimiento (s) y/o tratamiento (s) hace parte del manejo médico que requiero para mejorar mis condiciones de salud, que me han sido explicadas los riesgos, complicaciones y demás implicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante, me niego a la realización del mismo asumiendo la responsabilidad total de lo que se llegare a presentar en mi salud y eximo de responsabilidad absoluta a la Fundación Hospital San José de Buga, al médico (s) tratante y al cuerpo asistencial que hacen parte de mi tratamiento.

NOTA: Cuando se trate de un menor de edad, o que el paciente no esté en capacidad (física o mental) de otorgar el desistimiento, será quien ostente la potestad parental o la representación legal quien suscribirá el presente documento.

Nombre del paciente o responsable
C.C. No. _____ de _____



Firma del paciente o responsable

Dirección: Calle 3 # 3ro.

Teléfono: 3163686410

Correo electrónico: diana.blondor81@h.



Firma del profesional

David F. Hernández O.
C.C. 1.143.854.059
Médico S S O
PUJ Cali

1143854089

Registro médico o tarjeta profesional

Firma del testigo
C.C. No. _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Yo, Patricia Muñoz Bengito, mayor de edad identificado con el documento de identidad 38858198 de _____, actuando en nombre propio o como representante legal de _____ identificado con el documento de identidad _____ de _____, en forma voluntaria consiento que él(la) Doctor(a): GERMAN ARANGO BOTERO y el equipo médico que él designe me realicen la CIRUGÍA que incluye el(los) siguiente(s) procedimiento(s): 9185 - Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción: . La cual es realizada como tratamiento para el diagnóstico D057 - OTROS CARCINOMAS IN SITU DE LA MAMA.

La Cirugía es el tratamiento escogido por mi y comprendo bien que no se pueden garantizar los resultados de la misma, dado que la medicina y Cirugía no son una Ciencia Exacta.

He sido informado(a) y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento; también entiendo que como en toda Cirugía y por causas independientes del actuar de mi Médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto Médicos como quirúrgicos siendo las complicaciones más frecuentes de una cirugía que incluye el(los) procedimiento(s): 9185 - Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

Asesina y/o vómito, Inflamación, Hematomas, Reacciones alérgicas, Granulomas en la cicatriz, Seromas, Anemia, Riesgos anestésicos, Infección superficial y/o profundas, Cicatriz quirúrgica visible, Hipertrófica (Queloides), Dehiscencia de suturas, Distrofia simpática releja (Neuropatías), Toxicidad ocasionada por medicamentos, Paro cardiorrespiratorio, Infarto agudo de miocardio, Trombosis venosa y/o Arterial, Tromboembolismo cerebral y/o pulmonar, Embolia grasa, Lesión vascular ó de nervios, Rechazo del implante, Fracturas óseas periimplante, Ruptura del implante, Soltura del implante y en muchas ocasiones algunas de estas complicaciones pueden dejar secuelas irreversibles y/o hasta causar la muerte.

En mi caso particular el(la) doctor(a); me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: NEUMOTORAX, HEMORRAGIA, INFECCION, SEPSIS, MUERTE

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la Cirugía que se va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, me encuentro satisfecho(a) de la información recibida del médico tratante, quién 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 que conllevan este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice Cirugía que incluye los siguientes procedimientos: 9185 - Implantación de catéter subclavio, femoral, yugular o peritoneal por punción:

Patricia Muñoz Bengito
Nombre y Firma del Paciente o representante legal (paréntesis y /o relación)

Documento: 38853721

Nombre y Firma del Testigo

Documento:

Nota: En caso de ser menor de edad o persona mentalmente comprometida firma el tutor o familiar encargado.

German Arango Botero

Firma del Médico

GERMAN ARANGO BOTERO

CC # 10254391

Registro Médico # 16993

Fecha:

DD MM AAAA
26/06/2018