

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada

FL-IMA-25

Rev.02

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

El objetivo de este examen es obtener un diagnóstico más preciso respecto de otras técnicas de diagnóstico por imágenes.

### CARACTERÍSTICAS DE (En qué consiste)

Su médico le ha solicitado un examen radiológico conocido como Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada, con la finalidad de obtener información en imágenes en distintos planos del tracto digestivo, a nivel del colon, para definir si presenta alguna alteración o compromiso por su enfermedad.

La Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada es un procedimiento de diagnóstico por imágenes, la cual consiste en la introducción de una sonda vía rectal, por la cual se insuflará aire para distender el colon. Con el colon distendido y utilizando Rayos-X podremos evaluar de manera virtual toda la pared del intestino grueso. EL examen dura entre 25 a 35 minutos. La dosis de radiación que recibirá se considera no peligrosa y su uso en diagnóstico se remonta a principios del siglo XX, no existiendo a la fecha reportes valederos que muestren efectos nocivos significativos en las personas. Sin embargo, la realización de múltiples exámenes incrementa la dosis de radiación recibida, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar un Cáncer.

En algunos casos este estudio deberá ser complementado con la administración de Medio de Contraste Yodado Endovenoso previa autorización de su médico tratante.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA COLONOSCOPIA VIRTUAL POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA

Presentar síndrome diarreico asociado al uso de medio de contraste oral.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

#### Contraindicaciones:

Si Ud. se encuentra embarazada o sospecha que puede estarlo también comuníquelo al personal.

Si presenta Insuficiencia Renal, Insuficiencia cardiaca o Diabetes Insulino-Dependiente, por favor avísenos.

#### Advertencias:

Es fundamental que responda la Encuesta de Tomografía Computada con seguridad y sinceridad.

Antes de abandonar la Unidad de Scanner será evaluado por el personal paramédico en busca de posibles reacciones adversas.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada

FL-IMA-25

Rev.02

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

Que pueden presentar para mi salud realización del examen denominado **Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada**. Declaro además no presentar ninguna de las contraindicaciones que me han señalado y autorizo al personal de Hospital Clínico Viña del Mar, para realizar todas aquellas acciones necesarias para recuperar mi salud en caso de presentar alguna reacción adversa, asumiendo los costos que eso implique.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con **Colonoscopia Virtual por Tomografía Computada** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

**REVOCAACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)