

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorizo que se me realice el estudio de CÁPSULA ENDOSCÓPICA.

Me ha sido entregado la información escrita que explica la naturaleza y propósito del procedimiento.

He comprendido perfectamente los términos de la información escrita que recibí.

Se me han resuelto las dudas que pude haber tenido antes de realizar el estudio.

Estoy satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

También reconozco, ya que me lo han explicado por escrito, que durante el transcurso del procedimiento, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud.

Además, si fuera necesario, permito que se me administre anestesia, efectuada por un médico anesthesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y/o molestias durante el acto médico, pudiéndose

realizar interconsultas con algunos otros profesionales que el médico actuante considere necesario.

He comprendido perfectamente que esta autorización abarcará las medidas que se tomen para subsanar situaciones que no sean conocidas al comenzar el procedimiento.

He recibido información acerca de que la Cápsula Endoscópica tiene una vida útil limitada y carece de medios de movilidad, dependiendo, por lo tanto, de la normal propulsión del tubo digestivo para la exploración completa de los sectores a estudiar.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse, incluso partes pertinentes de mi cuerpo, para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no

se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañan.

Asimismo, dejo asentado que se me ha informado que el método puede presentar falsos negativos (5% a 30%, según las publicaciones internacionales), por deficiente preparación y/o ubicación en áreas llamadas ciegas.

Por lo tanto, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que me realizará, y entendiendo completamente las explicaciones escritas que me fueron dadas, dejando constancia de que pude hacer preguntas y de que me fueron contestadas, doy mi consentimiento para que se me realice el estudio.

Lomas de Zamora, ..... de ..... de 20.....

.....

Firma y aclaración del/la paciente

.....

Firma y aclaración del/la médico tratante

Para el caso en que la presente deba ser firmada por una persona distinta del/la paciente, por encontrarse incapacitado/a o ser menor de edad, se hace constar que:

A) Firma en su lugar ..... (nombre y apellido; documento, tipo y N°)

B) Lo hace en carácter de ..... (indicar el grado de parentesco)

.....

Firma y aclaración del/la responsable