

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLOCACIÓN DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO

Mendoza, .....de.....del 20.....

En el día de la fecha, Yo....., autorizo al Dr .....

..... para que se me realice el siguiente procedimiento endoscópico:

### **Colocación Balón Intragástrico.**

Mediante una consulta previa se me ha entregado información verbal y/o escrita que explica la naturaleza y el propósito del procedimiento, en términos que yo he comprendido perfectamente. De lo contrario tengo la posibilidad de solicitar nuevamente una reunión con un especialista. En la información que recibí, se me han explicado los riesgos predominantes de este procedimiento y los relacionados con la sedación, y me encuentro satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido.

Posterior a la colocación del balón gástrico puedo presentar náuseas, vómitos y dolor epigástrico; siendo efectos adversos inmediatos, esperables y reversibles que van desapareciendo los primeros días post-colocación; por lo cual muchas veces es necesario tratamiento médico adicional. Un porcentaje de pacientes requiere la extracción temprana por intolerancia del mismo. En la literatura se han descrito casos de fuga del balón con desplazamiento del mismo hacia intestino, requiriendo algún tipo de intervención quirúrgica para extracción e incluso muerte secundario a esta complicación; para evitar el mismo se rellena con azul de metileno para ser detectado rápidamente por el paciente. Al igual que cualquier procedimiento invasivo no está exento de riesgos, incluyendo el de mortalidad, siendo el mismo sumamente infrecuente. Se me ha informado que la colocación del Balón Intragástrico es temporaria y debe ser retirado, como máximo, a los 6 (seis) meses de colocado, según la indicación del fabricante y el equipo médico a cargo; debido al aumento de complicaciones en caso de no extraer el Balón en el tiempo estipulado previamente.

Asimismo, se me ha explicado que este procedimiento requiere de estricto control nutricional y gastroenterológico durante el período en el que se encuentre colocado, los resultados en la pérdida de peso dependen de múltiples factores, no pudiendo ser garantizada en la totalidad de los pacientes, siendo sumamente importante mi activa participación, sin embargo entiendo que en algunos casos es necesario otros tratamientos para alcanzar el objetivo.

También reconozco que durante el transcurso del procedimiento terapéutico, ciertas condiciones imprevistas de mi organismo pueden exigir un cambio de conducta o procedimientos adicionales.

Por lo tanto, autorizo al Dr. .... y a sus colaboradores o ayudantes médicos, que realicen los procedimientos que resulten convenientes para el beneficio de mi salud.

Asimismo permito que se me administre anestesia, que será efectuada por un médico anesthesiólogo, para hacerlo más confortable para mi organismo y evitar dolores y molestias durante el acto médico, y reconozco los riesgos de la misma. El profesional actuante puede, en todo momento y cuando por razones médicas así lo disponga, suspender la práctica, no pudiendo alcanzar el resultado esperado. Podrán realizarse ínterconsultas con algunos otros profesionales si el médico lo considera necesario.

Declaro que no se me han garantizado los resultados que puedan obtenerse y consiento que se permita acceder a la información médica vinculada a mi historia clínica, para fines científicos que

sean utilizados en beneficio de la comunicad, y/o que se fotografíe o grabe el procedimiento que ha de realizarse para fines médicos, de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad.

Entonces, habiendo recibido toda la información relativa al procedimiento médico que se 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/los estudio/s.

En el momento, me entregan una copia de lo que firmé, para mi control y consulta.

**Firma del/la médico/a tratante**

**Firma del/la paciente**

Aclaración: .....

Aclaración: .....