

**NORTH MISSISSIPPI MEDICAL CENTER**  
TUPELO, MISSISSIPPI

**Formulario de consentimiento para  
sigmoidoscopia flexible (Sig. Flex.)**

STAMP WITH ADDRESSOGRAPH

1. Por medio del presente autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ ("mi médico") y/o a otros médicos que él o ella designe, además de los empleados y al personal de North Mississippi Medical Center, para que me realicen una **sigmoidoscopia flexible (Sig. Flex.)**, a la cual se hará referencia como el "procedimiento". Comprendo que otros médicos y profesionales de la salud, que se consideren necesarios para mi atención, ayudarán a mi médico. Acepto que participen en mi atención.

2. Mi médico ha analizado conmigo los puntos que a continuación se resumen:

a. **Procedimiento:** Un procedimiento donde se coloca un tubo delgado, ligero y flexible (sigmoidoscopio) con una pequeña cámara de video en el recto y se avanza hacia el tercio inferior del colon. El "sigmoidoscopio" se retrae lentamente y se examina cuidadosamente el colon. Si se observa cualquier área anormal, se puede tomar una biopsia (retiro de una pequeña muestra de tejido) a través del "sigmoidoscopio" y enviarla al laboratorio patológico para su examen. A través del "sigmoidoscopio" también se pueden tratar otras lesiones. Si se encuentran crecimientos (pólipos), a menudo se pueden sacar o tratar a través del sigmoidoscopio por medio de varias técnicas.

Por lo general el procedimiento se realiza sin sedación. Luego de que termina el examen, su médico analizará las conclusiones y sus recomendaciones con usted. Después de la Sig. Flex., usted debería ser capaz de retomar su actividad normal.

b. **Naturaleza y propósito del procedimiento:** Normalmente se puede recomendar una Sig. Flex. por varias razones, las cuales se indican a continuación. He encerrado en un círculo las razones por las que usted se somete a este examen:

- i. Sangre en la deposición
- ii. Anemia por bajo nivel de hierro
- iii. Hemorragia gastrointestinal inferior
- iv. Detección de cáncer de colon
- v. Colitis o control para la colitis
- vi. Diarrea
- vii. Dolor rectal
- viii. Cambio en los hábitos de evacuación intestinal
- ix. Ultrasonido rectal
- x. Otro \_\_\_\_\_

c. **Riesgos conocidos del procedimiento:**

Riesgos comunes a todo procedimiento invasivo:

- i. Empeoramiento de la afección subyacente que pueda requerir tratamiento médico
- ii. Aspiración del contenido del estómago hacia el pulmón que pueda requerir tratamiento médico adicional
- iii. Cambios neurológicos: coma, derrame cerebral que pueda requerir tratamiento médico
- iv. Complicaciones asociadas con enfermedades cardíacas y pulmonares
- v. Muerte

Riesgos asociados específicamente con la Sig. Flex.:

- i. Perforación del recto e intestinos, lo que con frecuencia requiere cirugía mayor inmediata con una posible colostomía (bolsa en su costado conectada al colon)
- ii. Hemorragia del recto y colon que pueda requerir transfusiones de sangre y cirugía adicional
- iii. Infección que pueda requerir tratamiento médico o drenaje quirúrgico
- iv. Reacción al fármaco y/o problemas con la sedación (si se usa) que puedan requerir tratamiento médico
- v. Otras consecuencias no predichas que puedan ocurrir
- vi. La capacidad de alcanzar el tercio inferior del colon es de casi 90 a 95%. La incapacidad de alcanzarlo puede deberse a un colon muy sinuoso (enrollado), a no vaciarlo antes del procedimiento o a dolor e incomodidad que requiere que se detenga el examen.

Los riesgos específicos asociados con mi afección son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d. **Alternativas al procedimiento:** Las alternativas a la Sig. Flex. son las siguientes:

- i. Colonoscopia
- ii. Enema de bario
- iii. Observación sin que se realice el examen
- iv. Tratamiento probado de la afección o síntomas subyacentes
- v. Colonoscopia computarizada



e. **Predicción del resultado (pronóstico) sin tratamiento:** Si no se realiza la Sig. Flex. el pronóstico puede incluir lo siguiente:

- i. Quizás no ser capaz de tratar el problema subyacente con efectividad porque no se conoce la causa o extensión de éste.
  - ii. No diagnosticar un pólipo no canceroso o un cáncer
  - iii. Propagación de un cáncer curable debido a falta de diagnóstico
- f. **Anestesia:** Se me ha dicho que el uso de anestesia agrega un riesgo adicional al procedimiento incluyendo problemas respiratorios, reacciones al fármaco, parálisis, daño cerebral y la muerte. Otros riesgos de la anestesia incluyen incomodidad o lesión de las cuerdas vocales, dientes u ojos.

3. Si se produce una complicación, autorizo a mi médico y/o a otros médicos que éste pueda designar, además de los empleados y personal de North Mississippi Medical Center, para proporcionar tratamiento médico incluyendo cirugía o procedimientos adicionales que sean necesarios y deseables en el ejercicio de su juicio profesional.
4. Comprendo que existen ciertos riesgos asociados con este procedimiento y los asumo libremente. También entiendo que hay posibles beneficios asociados con este procedimiento. Sin embargo, comprendo que no existe certeza de que obtenga estos beneficios. Se me ha informado y tengo plena conciencia de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía en relación con los resultados del tratamiento propuesto. Se me ha dicho que este procedimiento conlleva riesgos y que algunos de ellos pueden ser graves.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas a mi médico y/o a sus asistentes con respecto a mi afección y acerca del procedimiento, las alternativas y los riesgos y mi médico y/o sus asistentes han respondido todas las preguntas a mi entera satisfacción.
6. Autorizo a mi médico y/o a sus asistentes y al personal de North Mississippi Medical Center para que permitan que otras personas, incluyendo, entre otros, a los estudiantes, internos, residentes y representantes de fabricantes de equipo médico observen el procedimiento con el entendimiento de que tal observación obedece al propósito del avance del conocimiento médico.

\_\_\_\_\_  
Inicial

7. Certifico que se han llenado todos los espacios en blanco de este formulario de consentimiento antes de firmarlo.
8. He leído la información anterior. Reconozco que la información que he recibido, tal como se resume en este formulario, me basta para comprender los riesgos y beneficios del procedimiento y para consentir y autorizar el procedimiento descrito anteriormente. Se me explicó el procedimiento a mi entera satisfacción. Se me explicaron los riesgos, beneficios y tratamientos alternativos a mi entera satisfacción. Comprendo que las explicaciones que he recibido podrían no ser detalladas ni incluir todo y que podrían existir más riesgos remotos que no se analizaron. Firmo libre y voluntariamente este formulario indicando que consiento y autorizo el acuerdo para este procedimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / Fecha

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo del paciente/Fecha)

\_\_\_\_\_  
Si el paciente es incapaz de dar su consentimiento, firma del representante del paciente que firma y autoriza en nombre del paciente. Fecha

Explicué al paciente o al representante del paciente anteriormente mencionado el procedimiento anterior con sus riesgos y beneficios. El paciente (representante del paciente) reconoció que comprende la naturaleza del procedimiento con sus riesgos y beneficios y lo ha autorizado. He respondido todas las preguntas que me hizo el paciente (Representante del paciente).

Médico \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_