



Milan S. Chakrabarty, M.D.
General Gastroenterology

Indraneel Chakrabarty, M.D., M.A.
Advanced & Interventional
Gastroenterology

Sandra Del Valle, PA-C
Gastroenterology Physician Assistant

Kathleen Linke, PA-C
Gastroenterology Physician Assistant

Two Locations:

HEMET

1003 E. Florida Avenue · Suite 101 · Hemet, CA 92543 · (951) 652-2252

TEMECULA

44274 George Cushman Ct. · Suite 208 · Temecula, CA 92592 · (951) 383-6001
(By appt.)

ACEPTO TOMAR LA CAPSULA ENDOSCOPICA

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo:

Milan S. Chakrabarty, M.D.
General Gastroenterology

Indraneel Chakrabarty, M.D., M.A.
Advanced & Interventional Gastroenterology

y asociados seleccionados para desempeñar procedimiento. Entiendo que otros medicos asociados y enfermeras pueden participar en el procedimiento bajo la direccion del Doctor seleccionado. Cambios a mano escrita, cancelaciones, o adiciones a esta forma no seran valida.

ACEPTO TOMAR LA CAPSULA ENDOSCOPICA:

El estudio capsula-endoscopica es un nuevo examen endoscopico del intestino delgado. La Capsula-endoscopica no tiene el objetivo de examinar el esófago, estomago ó colón. No reemplaza a la endoscopia alta ni a la colonoscopia.

Entiendo que el estudio tiene riesgos como cualquier estudio endoscopico, uno de los riesgos es OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. Una obstrucción intestinal puede requerir cirugía inmediata.

Me comprometo a evitar definitivamente maquinas de resonancia magnética durante el procedimiento y hasta no estar seguro de haber expulsado la cápsula endoscopica.

Entiendo que existen variaciones en la motilidad intestinal de los pacientes y que debido a esto pueden obtenerse en ocasiones solo imágenes de parte del intestino delgado. Es posible que por interferencia algunas imágenes se puedan perder y esto tenga como consecuencia la repetición del estudio.

Entiendo que las imágenes y los datos obtenidos de mi estudio de la capsula-endoscopica pueden ser usados, bajo completa confidencialidad para propósitos educativos en futuros medicos.

El Dr. _____ me ha explicado el procedimiento y los riesgos como paciente, además de las alternativas de diagnóstico y tratamiento, y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas sobre el estudio de la Capsula-endoscopica.

Autorizo al Dr. _____ a que me aplique el estudio de cápsula-endoscopica.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente

Fecha

En presencia de:

Cónyuge _____
Pariente _____

Acompañante _____
Paciente solo _____

ACEPTO TOMAR LA CAPSULA ENDOSCOPICA