



Milan S. Chakrabarty, Doctor Médico
Gastroenterología General

Sandra Del Valle, PA-C
Auxiliar Medico de Gastroenterología

Dos Ubicaciones:

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 (Con Cita.)

Indraneel Chakrabarty, Doctor
Médico, M.A. Gastroenterología
Avanzado e Intervencionista

Kathleen Linke, PA-C
Auxiliar Medico de Gastroenterología

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CÁPSULA DE VIDEO DE ENDOSCOPIA

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente
autorizo:

- Milan S. Chakrabarty, M.D.
General Gastroenterology
- Indraneel Chakrabarty, M.D., M.A.
Advanced & Interventional Gastroenterology

y los asistentes que puedan ser seleccionados por él / ella para realizar estos procedimientos y procedimientos relacionados. Entiendo que otros médicos del personal, así como médicos en programas de residencia y becas, asistentes médicos y / o enfermeros practicantes, y las enfermeras también pueden participar en el procedimiento bajo la dirección de mi (s) médico (s).

Los cambios escritos a mano, las cancelaciones o las adiciones a este formulario NO son válidas.

CONSENTIDO EN QUE TENGO LA CÁPSULA DE LA ENDOSCOPIA:

La endoscopia por cápsula es un examen endoscópico del intestino delgado. No está destinado a examinar el esófago, el estómago o colon. No reemplaza la endoscopia superior ni la colonoscopia.

Entiendo que existen riesgos asociados con cualquier examen endoscópico, como la OBSTRUCCIÓN DEL INSTESTINO. Una obstrucción puede requerir cirugía inmediata.

Estoy consciente de que debo evitar las máquinas de IRM durante el procedimiento y hasta que la cápsula pase después del examen.

Entiendo que debido a las variaciones en la motilidad intestinal de un paciente, la cápsula solo puede visualizar parte del intestino delgado y posibles lesiones / cánceres podrían pasarse por alto. También es posible que debido a la interferencia, algunas imágenes se pierdan y esto pueda resultar en la necesidad de repetir el procedimiento de la cápsula.

Entiendo que las imágenes y los datos obtenidos de mi cápsula endoscópica se pueden usar, bajo total confidencialidad, para fines educativos en futuros estudios médicos.

Estoy consciente de que el valor del equipo médico utilizado para realizar el examen de endoscopia con cápsula es de \$ 5,665 (Registrador de datos y matriz de sensores). Si no se devuelve el equipo después del examen, el paciente será responsable y se le facturará esta cantidad.

El Dr. _____ me ha explicado el procedimiento y sus riesgos, junto con alternativas de diagnóstico y tratamiento, y se me ha permitido hacer preguntas sobre el examen planificado.

Autorizo al Dr. _____ a realizar una cápsula endoscópica.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

En presencia de: Cónyuge _____
Padre _____

Compañero _____
Paciente solo _____

CONSENTIMIENTO PARA LA CÁPSULA DE VIDEO DE
ENDOSCOPIA 2 8 18