

REGISTRO CLINICO DEL PACIENTE

REGISTRO CLINICO No. _____
 NOMBRE: _____ EDAD: _____ FECHA: _____
 IDENTIFICACION: _____ EPS: _____ DIRECCION: _____
 TELEFONOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 ACUDIENTE: _____ PARENTESCO: _____ TELEFONO: _____ CEL: _____
 PORQUE LE ORDENAN SU EXAMEN: _____

ANTECEDENTES MEDICOS

PATOLOGICOS: Marque con una "X" SI o NO

	SI	NO	DESDE CUANDO
HIPERTENSION			
DIABETES			
ASMA			
EPOC			
ARTRITIS REUMATOIDEA			
GOTA			
TIROIDES			
DIVERTICULITIS			
CANCER			
VIH			

	SI	NO	DESDE CUANDO
HEPATITIS			
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO			
COLITIS ULCERATIVA			
INFARTO			
FIBRILACION AURICULAR			
FALLA CARDIACA			
TROMBOSIS CEREBRAL			
SINDROME INTESTINO IRRITABLE			

OTRA: Cual? _____

CIRUGIAS	SI	NO
----------	----	----

CUAL _____

ENFERMEDADES IMPORTANTES EN LA FAMILIA _____

TOXIALERGICOS

FUMA	SI	NO	DESDE CUANDO FUMA	CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA
FUMO	SI	NO	CUANTOS AÑOS FUMO	CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA
BEBEDOR	SI	NO	OCASIONAL	
ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO	SI	NO	CUAL	
ALERGICO ALGUNO DE ESTOS ALIMENTOS HUEVO Y/O PROTEINA DE SOYA	SI	NO		

MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE	DOSIS	FECHA DE INICIO	VIA ORAL SI/NO
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____

NOS AUTORIZA CONTACTARLO POSTERIOR A LA REVISION DE SUS ANTECEDENTES SI _____ NO _____

FIRMA CON N° DE CC.DEL PACIENTE _____

REGISTRO CLINICO DEL PACIENTE

REGISTRO DE SEDACION

MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS SUMINISTRADA	VIA DE ADMINISTRACION

CHEQUEO CONDICIONES DEL PACIENTE

EVALUACIÓN DE VÍA AÉREA	PERMEABLE	NO PERMEABLE	OBSERVACIONES
VERIFICACIÓN TIEMPO DE AYUNO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES

CONTROL DE SIGNOS VITALES

	PESO	TENSIÓN ARTERIAL	PULSO	SATURACION O2	TEMPERATURA
PRE SEDACION					
PROCEDIMIENTO					
POST SEDACION					

OBSERVACIONES

REGISTRO DE ENTREGA DEL PACIENTE

Sale paciente por sus propios medios manifiesta sentirse bien y entiende todas las indicaciones dadas.

Hora de Entrega: :

Nombre del Acudiente: _____

Firma del Acudiente: _____

CC.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO

NOMBRE _____

EDAD _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

FECHA _____ TELEFONO FIJO _____ CELULAR _____

DECLARO: Que en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR. ALEJANDRO OROZCO**, para que el profesional de la salud en ejercicio legal de su profesión y con el personal auxiliar de los servicios asistenciales del doctor Alejandro Orozco, se me practiqué la siguiente intervención y/o procedimiento **RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO** debido a que se ha hecho la impresión diagnóstica de

Habiéndome explicado las alternativas de tratamiento existentes y los riesgos previstos si no se realiza ningún tratamiento.

El procedimiento, siempre con indicación del médico tratante, y sobre todo en determinadas circunstancias, es necesaria la sedación. Cuyos posibles riesgos pueden ser: Depresión respiratoria o paro respiratorio, hipotensión, incluyendo otros posibles efectos secundarios como: náuseas, vómito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de venas y arterias entre otros.

1. El retiro del balón consiste en introducir el endoscopio a través de la boca para revisar las condiciones del estómago y del balón. Posteriormente se introduce un catéter con aguja especial que tiene la función de puncionar y aspirar el líquido del balón hasta su completo vaciamiento. A continuación se introduce una pinza endoscópica especial para pinzar, jalar y retirar el balón
2. Es importante que antes de la exploración informe a su médico sobre posibles antecedentes o problemas relacionados con la deglución (dificultad al tragar), cirugía abdominal previa o episodios anteriores de obstrucción intestinal.
3. Previa la realización del procedimiento, se me ha indicado la preparación recomendada, indicándome la necesidad de avisar posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, como la posibilidad de estar embarazada y consumo de sustancias tóxicas.

4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentar náuseas y vómito, infrecuentemente (menos del 0.05%), efectos indeseables como hemorragia, perforación, infección, aspiración, hipotensión o excepcionales como arritmia o paro respiratorio, accidente cerebro vascular y sub luxación maxilar, que pueden ser graves y requerir tratamiento o quirúrgico, incluyendo un riesgo de mortalidad.

El doctor Luis Alejandro Orozco queda autorizado para llevar a cabo las prácticas de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación advertida que a juicio del médico a cargo del paciente lo considere obligatorio

Este procedimiento se realizara en la sala de procedimiento del doctor Alejandro Orozco, por el doctor(es) _____, quien se compromete a explicarme todas las instrucciones e información necesaria con respecto a las características y efectos de la intervención cuya práctica he autorizado y a las recomendaciones y posibles riesgos de la sedación en caso de estar está autorizada; al igual que las alternativas diagnósticas y/o terapéuticas posibles, antes de la realización del procedimiento.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi consentimiento.

De acuerdo a lo anterior CONSIENTO que se me realice, RETIRO DE BALON INTRAGASTRICO, debido a que he comprendido y me siento satisfecho con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este procedimiento incluyendo la sedación en caso de estar autorizada, en un lenguaje claro y sencillo por parte del especialista, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

Acepto Sedación

SI

NO

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

Voluntariamente rechazo la siguiente intervención propuesta e informada por el médico tratante.

Asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma al doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

AUTORIZACION PARA LA SEDACION

AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTO DE SEDACION CONSCIENTE

DECLARO Que en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento y autorizo desde ahora al **DR. LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES**, para que el profesional de la salud en ejercicio legal de su profesión y con el personal auxiliar de los servicios asistenciales del doctor Alejandro Orozco, se me practiqué la siguiente intervención y/o procedimiento de sedación.

1. La sedación es un estado médico controlado de depresión de la conciencia que permite mantener todos los reflejos de defensa de la vía aérea, el paciente conserva su habilidad de tener su vía aérea libre en forma independiente y continua, permite una adecuada respuesta al estímulo físico o verbal, hay respuesta a órdenes. Es decir, el paciente está tranquilo, **NO DORMIDO**.
2. Se debe tener acceso venoso permeable, la sedación se realiza vía intravenosa por medio de un catéter este se debe conservar hasta terminar el procedimiento o cuando no exista riesgo de una depresión cardiorrespiratoria.
3. La sedación consciente le permite recuperarse rápidamente y retornar a sus actividades cotidianas poco después del procedimiento.

COMPLICACIONES DE LA SEDACIÓN CONSCIENTE.

Las complicaciones más frecuentes y serias de la sedación consciente corresponden a las cardiopulmonares. Es por esto que se requiere de una mínima monitorización del paciente por personal entrenado en resucitación cardiopulmonar, que cuente con medición seriada de presión arterial y oximetría de pulso constantes. La incidencia de este tipo de complicaciones es baja, no supera la cifra de 2-5/1000 procedimientos.

1. **Hipoventilación e hipoxemia.** Relacionada a la depresión respiratoria que producen los sedantes y analgésicos, más que al paso del endoscopio por la vía aérea. Bastante frecuente, ocurre en aproximadamente un 40% de los pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos con este tipo de sedación.
2. **Hipotensión.** Condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo. Dada por los fármacos empleados y por reflejos vaso-vagales (Es la forma más común de desmayo).
3. **Desaturación.** Se refiere a la escasez de oxígeno del cuerpo. La saturación de oxígeno normal oscila entre 96% a un 100% cuando el nivel de oxígeno baja pueden incluir síntomas como fatiga, confusión, dolor de cabeza y dificultad para respirar.
4. **Arritmias.** Es una alteración de la frecuencia cardíaca, tanto porque se acelere, disminuya o se torne irregular, siendo más frecuentes en los pacientes que desaturan durante el procedimiento.
5. **Flebitis.** (Inflamación en la pared de una vena) Existe un bajo riesgo con los fármacos mencionados.



El doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES queda autorizado para llevar a cabo las prácticas de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, si en el transcurso de la intervención o el tratamiento autorizado llegase a presentarse una situación advertida que a juicio del médico a cargo del paciente lo considere obligatorio.

Si el paciente tiene alguna inquietud se le explicara todas las instrucciones e información necesaria con respecto a las características y efectos del procedimiento de la sedación.

También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar mi autorización.

De acuerdo a lo anterior **AUTORIZO** que se me realice la **SEDACION**, debido a que he comprendido y me siento satisfecho con todas las explicaciones, recomendaciones y riesgos con respecto a la realización de este procedimiento incluyendo la sedación en caso de estar autorizada, en un lenguaje claro y sencillo por parte del especialista, quien además me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE

FIRMA MEDICO ESPECIALISTA

DESESTIMIENTO

Voluntariamente rechazo la siguiente intervención propuesta e informada por el médico tratante.

Asumiendo toda responsabilidad y liberando de la misma al doctor LUIS ALEJANDRO OROZCO LINARES.

FIRMA CON C.C. PACIENTE o ACUDIENTE