

From English

To Spanish

Your physician has scheduled you for a colonoscopy. Please follow the instructions below.

If you need to cancel or reschedule your procedure for any reason, please call the Endoscopy Scheduler at 970-663-2159 at least 48 hours prior to your exam.

If you are unable to complete your prep, notify the Skyline Endoscopy Center at 970-663-2159.

For questions after hours call 970-669-5432 and ask for the gastroenterologist on-call.

Completely fill out the "TELL US ABOUT YOURSELF" form in your packet. Bring the completed form and your packet with you the day of your exam.

General Information:

If any of the following conditions apply to you, you must be seen in the endoscopist's office

or obtain the endoscopist's authorization prior to your procedure. Do you:

Take a blood-thinning medication?

Have congestive heart failure?

Use oxygen at home?

Have any implanted electronic devices?

For 5 days prior to your procedure, try to avoid nuts, seeds and corn.

Take your prescribed medications as you normally would up until 2 hours before your procedure.

This laxative will cause diarrhea. Please follow the instructions on the back of this page.

Good visualization of the colon depends on adequate colon cleansing.

Make arrangements to have a responsible adult drive you home. Public transportation is not

allowed unless you have an adult to accompany you. Your driver should plan to stay at the facility during your procedure.

After the procedure, you should have an adult with you for 4 to 6 hours.

If polyps are removed, plan to remain in this area or an area easily accessible to emergency health care for 14 days after the procedure.

DIABETIC INSTRUCTIONS:

If you are a diabetic and your procedure is scheduled to be done in the morning, hold your medications or insulin the morning of the procedure.

We suggest you check your blood sugar at least 4 times a day at mealtime and bedtime.

If you are diabetic and your procedure is scheduled to be done in the afternoon, contact your primary care physician to confirm how to take your diabetic medications. We suggest you check your blood sugar at least 4 times a day at mealtimes and bedtime.

(see other side for prep instructions)

Su médico le ha programado para una colonoscopia. Por favor siga las instrucciones a continuación.

Si necesita cancelar o reprogramar su procedimiento por cualquier motivo, por favor llame al 970-663-2159 Endoscopia planificador durante al menos 48 horas antes de su examen.

Si son incapaces de completar su prep, notificar a los rascacielos del centro de endoscopia en 970-663-2159.

Para preguntas después de horas llame a 970-669-5432 y pregunte por el gastroenterólogo on-call.

llene completamente la "CUÉNTENOS" forma de su paquete. Llevar el formulario completado y su paquete con usted el día de su examen.

Información general:

Si alguna de las siguientes condiciones se aplican a usted, debe ser visto en la oficina del endoscopista

o obtener la autorización del endoscopista antes del procedimiento. ¿:

tomar medicamentos anticoagulantes?

tienen insuficiencia cardíaca congestiva?

usar oxígeno en casa?

tiene dispositivos electrónicos implantados?

durante 5 días antes de su procedimiento, trate de evitar las nueces, las semillas y el maíz.

tome sus medicamentos prescritos como lo haría normalmente hasta 2 horas antes del procedimiento.

Este laxante puede provocar diarrea. Por favor, siga las instrucciones en el reverso de esta página.

Buena visualización del colon depende de una adecuada limpieza del colon.

hacer arreglos para que un adulto responsable lo lleve a casa. El transporte público no está

permitida a menos que haya un adulto que le acompañe. El conductor debe permanecer en el plan de la planta durante el procedimiento.

después del procedimiento, usted debe tener un adulto con usted durante 4 a 6 horas.

si los pólipos son removidos, planea permanecer en esta área o en una zona de fácil acceso a la atención sanitaria de urgencia durante 14 días después del procedimiento.

Instrucciones:

diabético si usted es diabético y su procedimiento está programada para realizarse en la mañana, mantenga sus medicamentos o insulina en la mañana del procedimiento. Le sugerimos revisar su nivel de azúcar en la sangre por lo menos

4 veces al día durante las comidas y a la hora de acostarse.

Si usted es diabético y su procedimiento está programada para realizarse en la tarde, póngase en contacto con su médico de atención primaria para confirmar cómo tomar sus medicamentos para la diabetes. Le sugerimos revisar su nivel de azúcar en la sangre por lo menos 4 veces al día durante las comidas y a la hora de acostarse.

(ver el otro lado de la prep instrucciones).

From English

To Spanish

In advance, you will need to purchase a bottle of Colyte (Golytely, Nulytely, or other equivalent brand) by prescription from the pharmacy or supermarket of your choice. Colyte prescription is included in your packet.

PLEASE NOTE: If you previously have not been able to use the Colyte type prep (laxative mixed with one gallon of water), call 669-5432 at least 24 hours before starting prep to get alternate instructions.

DRINK PLENTY OF CLEAR LIQUIDS TO PREVENT DEHYDRATION.

Suggestion: Sucking on lemon drops while you are taking the laxative may make it more tolerable.

The day before your exam for breakfast you may have only white bread/toast, rice cereal, cream of wheat, eggs, milk, and/or juice for breakfast. NO fruit, vegetables, nuts or seeds.

After breakfast switch to clear liquids.

On your clear liquid diet you may have only: water, coffee, tea, soda, broth, bouillon, liquid or set jello, popsicles (no red jello or popsicles), juices without pulp such as apple, cranberry or grape juice. No juice with pulp is allowed. No milk or cream products are allowed.

At 5 p.m. mix the Colyte contents (or the brand provided by your pharmacist) with 1 gallon (4 liters) of water in the container provided. Shake or mix well. You may chill the solution but do not ice it. To improve the taste you can add Crystal Light (not red colored) to the Colyte.

At 6 p.m. begin drinking the Colyte solution. Drink 8 ounces (1 cup) every 10-15 minutes until you have drunk 12 cups. This is $\frac{3}{4}$ of the gallon container. Save 4 cups (or $\frac{1}{4}$ of the container) for the next morning. You should be having clear, light yellowish, watery diarrhea.

3 hours before you are scheduled to arrive for your procedure, drink 8 ounces (1 cup) every 10-15 minutes until you have finished the remainder of the gallon container.

Continue drinking clear liquids the evening before your procedure and the following morning until 2 hours before your procedure.

Two hours before your exam, do not eat or drink anything.

Take prescribed medications as you normally would up to 2 hours before your procedure, except for diabetic medications (see instructions for diabetic medications on front of sheet).

IF YOU ARE SCHEDULED FOR BOTH A COLONOSCOPY AND GASTROSCOPY FOLLOW THE SAME INSTRUCTIONS AS LISTED ABOVE.

De antemano, usted tendrá que comprar una botella de (Colyte, Golytely Nulytely, u otra marca equivalente) por prescripción de la farmacia o en el supermercado de su elección. Colyte receta está incluida en el paquete.

Nota: si anteriormente no han sido capaces de utilizar el tipo de laxante Colyte prep (mezclado con un galón de agua), llame al 669-5432 por lo menos 24 horas antes del arranque prep para obtener instrucciones alternativas.

Beba abundante cantidad de líquidos claros para evitar la deshidratación. Sugerencia: chupar gotas de limón mientras usted está tomando el laxante puede hacerla más tolerable.

El día antes del examen para el desayuno puede tener sólo el pan blanco tostado, cereal de arroz, crema de trigo, huevos, leche y/o zumo para desayunar. Sin frutas, verduras, nueces o semillas.

Después del desayuno interruptor para líquidos claros.

En su Dieta de líquidos claros puede tener sólo: agua, café, té, bebidas gaseosas, caldo bouillon, líquido o establecer las gelatinas, paletas (sin gelatina roja o paletas), zumo sin pulpa como manzana, arándano o zumo de uva. No hay zumo con pulpa está permitido. Productos de leche o de nata no están permitidos.

A las 17.00 horas Colyte mezclar el contenido (o la marca provisto por su farmacéutico) con 1 galón (4 litros) de agua en el recipiente proporcionado. Agitar o mezclar bien. Puede enfriar la solución pero no el hielo. Para mejorar el sabor puede agregar Crystal Light (no) de color rojo a la Colyte.

A las 18.00 horas comienzan a beber la solución Colyte. Tomar 8 onzas (1 taza) cada 10-15 minutos hasta que se hayan bebido 12 tazas. Este es el contenedor de $\frac{3}{4}$ de galón. Guardar 4 tazas (o $\frac{1}{4}$ del contenedor) para la mañana siguiente. Usted debe tener claro, amarillento, diarrea acuosa.

3 horas antes de lo programado llegar para su procedimiento, tomar 8 onzas (1 taza) cada 10-15 minutos hasta que se haya terminado el resto del galón del contenedor.

Siga bebiendo líquidos claros la noche antes del procedimiento y a la mañana siguiente hasta 2 horas antes del procedimiento.

dos horas antes de su examen, no se debe comer ni beber nada.

tomar medicamentos prescritos como lo haría normalmente hasta 2 horas antes de su procedimiento, excepto los medicamentos para la diabetes (ver instrucciones los medicamentos para la diabetes en la parte delantera de la hoja).

Si usted está programado para una colonoscopia gastroscopia y siga las mismas instrucciones indicadas anteriormente.

QUÉ ESPERAR DE SU COLONOSCOPIA

Estimado Paciente:

Por favor siga estas directrices para asegurar el mejor resultado posible después de su procedimiento:

- ✓ No maneje su auto, no opere maquinaria peligrosa ni tome decisiones legales críticas por al menos 12 horas.
- ✓ Un adulto debe estar con usted por 4 a 6 horas después de su procedimiento.
- ✓ Reanude la ingesta de sus medicamentos cuando comience a comer, o como se le instruya.
- ✓ Es normal tener un poco de aire en el estómago. La incomodidad puede mejorar al caminar o acostarse sobre el estómago.
- ✓ Si se le remueven pólipos, debe permanecer en esta área o en un área de acceso fácil a atención de salud de emergencia por 14 días
- ✓ Si se le toman biopsias, los resultados se le comunicarán dentro de 1 a 2 semanas
- ✓ Usted puede encontrar una pequeña cantidad de sangre en el papel higiénico o en las heces después de evacuarlas. Si hay grandes cantidades de sangre o coágulos de sangre, llámenos al 970-669-5432 inmediatamente, a cualquier hora del día o la noche, o vaya a su departamento de emergencia más cercano.
- ✓ Llámenos inmediatamente al 970-669-5432, a cualquier hora de la noche o el día, si tiene fiebre o dolor abdominal persistente, dolores en el pecho o espalda, dificultad al respirar u otras preocupaciones.



[Página 4]

FORMULARIO DE MEDICAMENTO

Nombre: _____ Fecha: _____

ALERGIAS: _____

En el Centro de Endoscopia de Skyline, entendemos que el manejo seguro de sus medicamentos puede ser un desafío y le podemos suministrar ayuda. De hecho, es algo que nos tomamos muy en serio. Nos unimos con su médico para desarrollar sistemas que aseguran que su próximo proveedor de salud tenga conocimiento completo de sus medicamentos actuales. Esto permite la administración segura de nuevos medicamentos y evita la duplicación de medicamentos o las interacciones peligrosas entre ellos.

A esto le llamamos a esto "Reconciliación"... Pensamos que es Importante... ¡y usted también debería pensarlo!

Usted nos puede ayudar completando este formulario antes de venir al Centro. Después que su procedimiento sea finalizado, se le dará una copia con medicamentos adicionales que recibió durante su estadía en el Centro o que fueron prescritos para usted al darle de alta del Centro.

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE CLARAMENTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO – INCLUYENDO PRESCRIPCIONES, MEDICAMENTOS QUE COMPRA SIN PRESCRIPCIÓN Y HIERBAS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	FRECUENCIA DIARIA	PROPÓSITO

NUEVAS INSTRUCCIONES/PRESCRIPCIÓN(ES) AÑADIDAS AHORA AL SER DADO DE ALTA DEL CENTRO

DURANTE SU VISITA SE LE DIO:

- VERSED® PARA SEDARLO
- FENTANYL PARA INCOMODIDAD
- SPRAY DE CETACAÍNA
- OTROS MEDICAMENTOS:

- NINGÚN MEDICAMENTO

REVISADO POR: _____

FECHA: _____

NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Cuando usted es un paciente en el Centro de Endoscopia Skyline, tiene los siguientes derechos:

1. Usted tiene el derecho a recibir cuidado y tratamiento de calidad en un ambiente seguro que es considerado y respeta su dignidad y valores personales.
2. Usted tiene el derecho a participar en todas las decisiones que tienen que ver con el cuidado de su salud y entender qué se espera de usted.
3. Usted tiene el derecho a ser entrevistado, examinado y tratado en entornos que brinden privacidad razonable.
4. Usted tiene el derecho a estar libre de toda forma de abuso o acoso.
5. Usted tiene el derecho a saber los nombres, la situación profesional y la experiencia del personal que suministran los cuidados y tratamiento.
6. Usted tiene el derecho a saber si el Centro de Endoscopia participa en programas de enseñanza, investigación y/o programas experimentales. Usted puede rehusar participar en dichos programas.
7. Usted tiene el derecho a rehusar tratamiento hasta donde sea permitido por la ley y a estar informado de las consecuencias médicas de sus decisiones.
8. Usted tiene el derecho a estar informado sobre las reglas del Centro de Endoscopia y las regulaciones que apliquen a su conducta mientras sea un paciente aquí.
9. Usted tiene el derecho a dar su consentimiento informado para todos los tratamientos y procedimientos. El consentimiento informado incluye:
 - a. Una explicación del tratamiento recomendado y el procedimiento en términos simples.
 - b. Una explicación de los riesgos y beneficios de cualquier tratamiento o procedimiento, la probabilidad de éxito y cualquier complicación potencial.
 - c. Una explicación de las alternativas con los riesgos y beneficios de esas alternativas.
 - d. Una explicación de las consecuencias si no se busca tratamiento.
 - e. Una explicación del periodo de recuperación, que incluye la extensión esperada de dicho periodo.
10. Usted tiene el derecho a recibir un estimado de los costos por el servicio basado en su diagnóstico de admisión. Basándonos en la información de los seguros que usted suministre, usted tiene el derecho de recibir un estimado de copago u otros costos que no serán cubiertos por un pagador externo (compañía de seguros).
11. Usted tiene el derecho a ver su registro médico dentro de las pautas establecidas por la ley. Solo aquellos individuos involucrados en su cuidado o que estén autorizados por ley tienen acceso a su registro médico. Cualquier otra persona que desee ver su registro médico debe obtener un consentimiento escrito de usted.

[Página 10]

12. Usted tiene el derecho a hacer directrices por adelantado. Hay dos tipos de directrices por adelantado que son permitidas por la ley en Colorado. El Poder Legal Médico Durable de Colorado para Cuidado Médico le permite nombrar a alguien que tome las decisiones sobre su cuidado médico incluyendo decisiones sobre conexión a un equipo para respiración asistida cuando usted no pueda hablar por sí mismo. La Declaración de Colorado sobre Tratamiento Quirúrgico o Médico es una forma de testamento. Le deja declarar sus deseos sobre cuidado médico en caso que desarrolle una condición terminal o esté inconsciente o de otra manera incompetente para tomar sus propias decisiones médicas. Para más información sobre directrices por adelantado y para obtener formularios de directrices por adelantado, visite www.caringinto.org/userfiles/file/colorado.pdf.

13. Usted tiene el derecho a conocer la política del Centro de Endoscopia de Skyline, sin importar los contenidos de su directriz por adelantado o las instrucciones de un sustituto para casos médicos o apoderado, y si ocurren eventos adversos durante su tratamiento en esta instalación daremos inicio a maniobras de resucitación o usaremos otras medidas para estabilizarlo y transferirlo a un hospital de cuidados intensivos para que siga siendo evaluado.

14. Usted tiene el derecho a expresar sus quejas y preocupaciones sobre el cuidado recibido sin temor a ser discriminado. Puede contactar a la Enfermera Gerente o al Administrador llamando al 970-461-6262. Además, puede reportar una queja al Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado, 4300 Cherry Creek Dr. South, Denver, Colorado, 80246-1530. El número de teléfono es 303-692-2800 o 1-800-886-7689, ext. 2800. También puede contactar a la Oficina del Defensor del Pueblo para Beneficiarios de Medicare en www.medicare.gov/Ombudsman/activities.asp.

15. Usted tiene el derecho a ejercer sus derechos sin ser sujeto a discriminación o represalia.

Cuando es un paciente en el Centro de Endoscopia Skyline, tiene las siguientes responsabilidades:

1. Suministrar información exacta y completa sobre problemas presentes, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y asuntos relacionados con su salud.
2. Suministrar información exacta y actualizada para seguros y facturación.
3. Cooperar con todo el personal del Centro de Endoscopia y hacer preguntas cuando no entienda instrucciones o procedimientos.
4. Actuar de manera respetuosa y considerada con los proveedores de cuidado de salud, otros pacientes y visitantes. No se tolerará el acoso verbal o físico.
5. Ayudar para mantener al mínimo el ruido y el número de visitantes.
6. Ser respetuoso con la propiedad de otras personas y del centro.
7. Indicar si siente que su privacidad está siendo comprometida.
8. Indicar si siente que su seguridad está siendo amenazada.

Divulgación: Su médico puede tener interés financiero en el Centro de Endoscopia Skyline.

SOBRE SU COLONOSCOPIA

Estimado Paciente:

Su médico nos lo ha referido para una colonoscopia. El propósito de esta carta es familiarizarlo con la naturaleza del examen, sus beneficios y riesgos. Es esencial que usted sepa lo que viene a continuación, así que por favor léala cuidadosamente. Consideramos que el hecho de que usted entienda este material es tan importante que le pediremos que firme esta carta para aceptar que ha leído y entendido la información. Si tiene alguna pregunta, por favor contáctenos por teléfono (970-663-2159) antes del procedimiento para que podamos discutir esas preocupaciones con usted.

¿Por qué debe hacerse una colonoscopia? La colonoscopia es una examinación del colon completo (intestino grueso) usando un tubo largo, delgado y flexible con una cámara de televisión en la punta llamada colonoscopio. El procedimiento se lleva a cabo por una serie de razones diversas. La meta mas común es un esfuerzo para prevenir el cáncer del colon. Sin una examinación, aproximadamente una persona de cada 20 desarrollarán cáncer de colon. El riesgo es aún mayor para personas con un historial familiar de cáncer de colon. El encontrar y remover pólipos del colon reduce notablemente su riesgo de padecer el cáncer de colon. De la misma manera, cuando se hace una colonoscopia y no se encuentran pólipos de colon, es poco probable que usted tenga problemas con cáncer de colon en los siguientes 5 años. Otras razones para hacerse una colonoscopia son búsqueda de causa de diarrea, dolor abdominal, sangre en las heces y anemia.

El procedimiento. La preparación para el examen comienza con un laxativo, que se describe en detalle en las instrucciones de preparación. Una buena visualización del colon depende de una buena limpieza del colon.

La examinación en sí dura unos 15 a 30 minutos. Antes del procedimiento, se inserta un cable intravenoso para suministrarle los medicamentos necesarios. Se usan monitores de función de corazón y pulmones para mejorar la seguridad. Usted se pondrá cómodo sobre una cama. Para prevenir los calambres y dolores durante el procedimiento, se le aplica a usted un sedativo. Una enfermera registrada, un médico y un asistente especialmente entrenado estarán presentes durante el examen. El ambiente es tranquilo y privado. Debido a los medicamentos, usted quizá recuerde poco o nada del procedimiento. No es probable que sienta que la examinación es incómoda. La mayoría de las personas sienten que la parte incómoda es el laxativo, pero como se indicó antes, es vital para el éxito del procedimiento.

Después del procedimiento, le tomará de 30 minutos despertarse lo suficiente como para dejar el centro de endoscopia. La mayoría de las personas entran y salen en alrededor de dos horas. Debido al sedante, usted necesitará que alguien lo lleve a su casa. No podrá manejar por al menos 12 horas. Usted probablemente podrá reanudar sus actividades normales unas 6 horas después del procedimiento. Si se le remueven pólipos, hay un riesgo pequeño de sangramiento por las siguientes dos semanas. Por esta razón, usted debe hacerse este procedimiento solo si tendrá acceso a una sala de emergencia cercana en los próximos 14 días.

[Página 6]

Ejemplos de actividades que tiene que evitar por dos semanas después que se hayan removido los pólipos son viajes en avión y recreación al aire libre. Está bien manejar en áreas con niveles razonables de unidades de atención médica de emergencia.

Las limitaciones de la colonoscopia. La colonoscopia es el examen preventivo más efectivo que tenemos, pero no es perfecto. El hacerse una colonoscopia puede disminuir su riesgo de morir de cáncer de colon en 90% en los próximos 5 a 10 años. Desafortunadamente, el cáncer aún puede desarrollarse, aunque muy rara vez, en este intervalo después de la colonoscopia. Esto ocurre por dos razones principales. Primero, los pólipos pueden pasar desapercibidos durante una colonoscopia. En el mejor de los casos, esto pasa con cerca de 10% de los pólipos. Este problema se debe a la dificultad para ver todo el colon a causa de la presencia de pliegues y rincones, mala limpieza del colon y limitaciones de vista de la cámara de TV. Estos factores crean "puntos ciegos". La segunda causa de que aparezca cáncer de colon varios años después de una colonoscopia es que algunos cánceres simplemente parecen desarrollarse extremadamente rápido. Aunque no es perfecta, una colonoscopia vale muchísimo la pena, ya que se puede esperar que prevenga la mayoría de las muertes que de otra manera ocurrirían debido al cáncer de colon. Por ahora, la colonoscopia es la herramienta de examinación más efectiva contra el cáncer de colon.

Alternativas a la colonoscopia. Hay otros exámenes para buscar cáncer de colon, que incluyen un examen de heces para buscar sangre (invisible), un examen de alcance limitado sin sedativo llamado sigmoidoscopia flexible, y rayos X con enema de bario. Todos estos han mostrado en algunas ocasiones que previenen el cáncer de colon, pero no son tan confiables como la colonoscopia. Además, si detectan un problema, en todos los casos usted necesitará una colonoscopia para confirmar el resultado. Aunque son mejor que no hacer nada, estos tres métodos de examinación alternativos son claramente inferiores a la colonoscopia para proteger la salud. Los exámenes de escaneado de colon CT y MRI están disponibles, pero aún están en desarrollo. En este momento son de beneficio incierto. Además, estos procedimientos requieren la misma preparación y a menudo no están cubiertos por los seguros. Asimismo, si se encuentran pólipos, se requiere una colonoscopia de seguimiento para removerlos.

Los riesgos de la colonoscopia. Como todos los procedimientos médicos invasivos, la colonoscopia tiene un riesgo de causar complicaciones. Afortunadamente, las posibilidades de una complicación son muy bajas. Dos serios problemas que raramente se encuentran son la perforación (hacer un agujero) del colon y sangramiento severo. Estos eventos ponen en peligro la vida. Tratar cualquiera de estas complicaciones puede requerir cirugía y transfusiones de sangre. El riesgo de estos eventos es menor al 1 por ciento. Ocurren entre 1 en 500 y 1 en 1000 colonoscopias. Los problemas menos comunes son reacciones severas al medicamento o ataques al corazón. Puede ocurrir irritación localizada de una vena (flebitis) donde se puso la inyección del medicamento. Si bien estas complicaciones raramente ocurren, recuerde que el riesgo de morir de cáncer de colon es mucho más alto que el riesgo de sufrir una complicación por la examinación. Su seguridad es nuestra principal preocupación y el proceso completo está diseñado para minimizar sus posibilidades de lesionarse.

Por favor llámenos al 970-663-2159 si le gustaría discutir con más detenimiento alguno de estos puntos. Naturalmente usted tendrá la oportunidad de hablar con nosotros inmediatamente antes del procedimiento.

Atentamente,

[Firma]
Stephen R. Sears, MD

[Firma]
Lewis R. Strong, MD

[Firma]
Daniel A. Langer, MD

[Firma]
Crystal M. North, DO

Al firmar aquí, usted certifica que ha leído y entendido los contenidos de esta carta. Si tiene alguna pregunta, no firme hasta que se le hayan contestado

Nombre _____ Fecha _____

CONSENT FOR PROCEDURE

Patient: _____

1. PROCEDURE AND ALTERNATIVES: I, (patient or authorized representative) authorize Dr. _____ to perform procedure: Colonoscopy with possible biopsy and/or polypectomy.

I understand the reason and BENEFITS for the procedure are: Examination of the colon with possible removal of tissue and/or removal of a polyp for diagnosis.

Alternatives include: x-rays, do nothing,

or _____

2. RISKS: This authorization is given with the understanding that any procedure involves some risks and hazards. The more common risks include: infection, bleeding, nerve injury, blood clots, heart attack, allergic reactions, aspiration pneumonia and missed lesions including polyps or cancer. These risks can be serious and possibly fatal. Some significant and substantial risks of this particular procedure include: BLEEDING OR PERFORATION. IF EITHER OF THESE COMPLICATIONS OCCUR, TREATMENT MAY INCLUDE HOSPITALIZATION, SURGERY OR BLOOD TRANSFUSION.

3. SEDATION AND ANESTHESIA: The administration of sedation and anesthesia also involves risks, most importantly a rare risk of reaction to medications causing death. I consent to the use of such sedation or anesthetics as may be considered necessary by the person responsible for these services.

4. RESUSCITATION: I desire all resuscitative measures be employed during the procedure.

5. ADDITIONAL PROCEDURES: If my physician discovers a different, unsuspected condition at the time of the procedure, I authorize the physician to perform such treatment as deemed necessary to improve health.

6. I understand that no guarantee or assurance has been made as to the results of the procedure and that it may not cure the condition.

7. I consent to the photographing of the procedure to be performed for medical purposes.

8. I consent to the admittance of medical or paramedical observers to the procedure room.

9. I hereby request and authorize this health care facility to preserve for scientific or teaching purposes or otherwise dispose of the removed tissue resulting from the procedures authorized above. I further authorize the pathologist, whose services may be required, to use discretion in the disposal.

NOTE: if you have any question s about the procedure, or the risks or consequences associate d with it, talk with your physician. you may withdraw the consent for this procedure at any time prior toto its performance. do not sign this consent unless you have read and thoroughly understand this form.

Patient/Authorized Representative Date and Time

Relationship of Authorized Representative

PHYSICIAN DECLARATION: I have discussed the procedure, risks, complications, consequences, and alternatives with the patient or patient's representative, and to the best of my knowledge, the patient or representative understands this information and consents to the proposed procedure.

Physician's Signature Date and Time

COLONOSCOPY CONSENT FORM

Consentimiento para el procedimiento

Paciente: _____

1. Procedimiento Y ALTERNATIVAS: I, (paciente o representante autorizado) autorizar la Dra. _____ para realizar el procedimiento: la colonoscopia con biopsia posible y/o polipectomía.

Entiendo la razón y los beneficios de este procedimiento son: Examen del colon con la posible eliminación del tejido y/o la extracción de un pólipo durante el diagnóstico.

Las alternativas incluyen: rayos x, no hacer nada,

o _____

2. Riesgos: Esta autorización se concede con el entendimiento de que cualquier procedimiento conlleva algunos riesgos y peligros. Los riesgos más comunes incluyen: infección, sangrado, lesiones nerviosas, coágulos de sangre, ataque al corazón, reacciones alérgicas, neumonía por aspiración y perdidas lesiones como pólipos o cáncer. Estos riesgos pueden ser graves y posiblemente mortales. Algunos riesgos significativos y sustanciales de este procedimiento incluyen: sangrado o perforación. Si cualquiera de estas complicaciones, el tratamiento puede incluir hospitalización, cirugía o transfusión de sangre.

3. Sedación y anestesia: La administración de sedación y anestesia también entraña riesgos, lo que es más importante un riesgo poco frecuente de la reacción a los medicamentos, causando la muerte. Doy mi consentimiento para el uso de anestésicos o sedantes tales como puede ser considerada necesaria por la persona responsable de dichos servicios.

4. La reanimación: deseo todas medidas resuscitativas ser empleadas durante el procedimiento.

5. Procedimientos adicionales: Si mi médico descubre un insospechado diferentes condiciones en el momento del procedimiento, autorizo al médico a realizar ese tratamiento que se consideren necesarios para mejorar la salud.

6. Tengo entendido que ninguna garantía o garantía se ha hecho en cuanto a los resultados del procedimiento y que no puede curar la afección.

7. Doy mi consentimiento para fotografiar dentro del procedimiento que se realiza para fines médicos.

8. Doy mi consentimiento para la admisión de observadores médicos o paramédicos a la sala del procedimiento.

9. Solicito y autorizar este establecimiento de salud para preservar para fines científicos o de enseñanza o de otra forma disponer del tejido extraído resultante de los procedimientos autorizados anteriormente. También autorizo a el patólogo, cuyos servicios pueden ser necesarios, para utilizar la discrecionalidad en la disposición.

Nota: si tiene alguna pregunta sobre el procedimiento, o los riesgos o consecuencias asociados a ella, hable con su médico. Usted podrá retirar los sombreretes enviado por este procedimiento en cualquier momento antes de todo su rendimiento. no firmar esta acondicionado enviados a menos que usted haya leído y entender completamente este formulario.

paciente/Representante Autorizado Fecha y hora

Relación de Representante

médico Declaración: He discutido el procedimiento, los riesgos, las complicaciones, las consecuencias y las alternativas con el paciente o el representante del paciente, y al mejor de mi conocimiento, el paciente o su representante entiende esta información y consiente el procedimiento propuesto.

médico de fecha y hora de la firma del

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO COLONOSCOPIA