



**Patient:** Patient Test  
**MRN:** 000000000  
**DOB:** 1/1/1965  
**Gender:** Male  
**Age:** 58 year(s)

**Procedure:** Colonoscopy  
**Date:** 8/23/2023  
**Attending Physician:** Test, Doctor

## Spanish - Colonoscopy with FMT Consent

### COLONOSCOPIA CON CONSENTIMIENTO PARA TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (FMT)

El trasplante de microbiota fecal (FMT) se administra para tratar la *C. difficile* crónica (recurrente) o grave (CDI), una afección inflamatoria del intestino grueso (colon). FMT consiste en introducir la flora bacteriana normal contenida en las heces recolectadas de un donante sano en el colon enfermo donde falta la flora.

#### CERTIFICO QUE:

1. La naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de este procedimiento han sido discutidos conmigo. Entiendo que el donante ha sido evaluado por un posible historial de exposición a agentes infecciosos transmisibles a través de un cuestionario de salud detallado y se sometió a pruebas de sangre y heces para detectar patógenos infecciosos ocultos, ya que algunas enfermedades infecciosas pueden ser silenciosas o clínicamente indetectables.
2. Mi médico ha discutido tratamientos alternativos para la CDI recurrente, incluidas varias opciones de antibióticos, cirugía o ningún tratamiento, y entiendo el riesgo y los beneficios de los tratamientos alternativos. Entiendo que mi condición podría mejorar, empeorar o permanecer igual con cada opción de tratamiento alternativo, incluido el FMT. Mi médico me ha preguntado si quiero una explicación más detallada del procedimiento, las alternativas y los riesgos, y yo (a) quedé satisfecho con la explicación dada y no quería más información o (b) solicité y recibí, en forma sustancial detalle, explicación adicional del procedimiento, procedimientos alternativos o métodos de tratamiento, e información sobre los riesgos materiales del procedimiento o tratamiento.
3. Entiendo que, en este momento, la experiencia acumulada con FMT es limitada y que, por lo tanto, FMT se considera en investigación.
4. He sido completamente informado de los riesgos y posibles complicaciones del FMT.

Las complicaciones pueden incluir, pero no se limitan a:

- I. Transmisión de organismos infecciosos contenidos en las heces del donante (bacterias, virus, hongos, parásitos)
- II. Reacciones alérgicas a los constituyentes (antígenos) contenidos en las heces del donante
- III. Complicaciones mecánicas relacionadas con la inserción

5. Entiendo que el resumen anterior no es una lista completa de posibles complicaciones y que pueden existir riesgos imprevistos que no se han discutido conmigo.
6. Reconozco que mi médico no puede garantizar ni prometer el resultado de mi tratamiento.

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y PERMITO QUE UN MÉDICO DE EUGENE GASTROENTEROLOGY CONSULTORES, PC YA QUIEN SEA DESIGNADO COMO ASISTENTES, ME REALICE UNA COLONOSCOPIA CON FMT Y POSIBLE POLIPECTOMÍA, BIOPSIA O CAUTERÍA. SI SURGE CUALQUIER CONDICIÓN IMPREVISTA DURANTE ESTE PROCEDIMIENTO, QUE REQUIERA PROCEDIMIENTOS, OPERACIONES O MEDICAMENTOS ADICIONALES, ADEMÁS SOLICITO Y AUTORIZO TODO LO QUE SE CONSIDERA NECESARIO. SOY CONSCIENTE DE QUE LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA NO ES UNA CIENCIA EXACTA Y RECONOZCO QUE NO SE ME HAN HECHO GARANTÍAS CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DE ESTE PROCEDIMIENTO.

## Signatures



---

**Patient:** Patient Test  
**MRN:** 000000000  
**DOB:** 1/1/1965  
**Gender:** Male  
**Age:** 58 year(s)

**Procedure:** Colonoscopy  
**Date:** 8/23/2023  
**Attending Physician:** Test, Doctor

---

\_\_\_\_\_  
Patient or Legal Guardian Signature  
08/23/2023 09:23 AM

\_\_\_\_\_  
Staff Witness Signature  
08/23/2023 09:23 AM