



**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 - EGD Consent

### CONSENTIMIENTO PARA ENDOSCOPIA DE LA PARTE SUPERIOR DEL APARATO DIGESTIVO

Hemos programado una endoscopia de la parte superior del aparato digestivo para analizar sus síntomas. Esta intervención conlleva el uso de un instrumento flexible con una luz incorporada que se inserta por la boca para poder hacer un examen visual de la mucosa del esófago, estómago y la primera porción del intestino delgado. Si procede, se podrían tomar de muestras de tejido (una biopsia). Es posible que durante la intervención deban dilatarse uno o varios segmentos de la parte superior del tubo digestivo o cauterizar hemorragias inesperadas que se observen. Estos pasos adicionales de la intervención se llevarían a cabo a discreción de su médico si considera que deben hacerse.

Igual que cualquier otro procedimiento médico, una endoscopia de la parte superior del aparato digestivo conlleva riesgos leves. Se le administrarán sedantes que podrían provocar inhibir la respiración o incluso suprimirla (es decir, dejar de respirar). Se le vigilará a lo largo de la intervención y, si procede, se revertirán los sedantes. Por esto, las complicaciones respiratorias no son habituales. Aunque es posible que sufra hemorragias, infecciones o perforaciones en los órganos del aparato digestivo, no es muy habitual. El riesgo total de complicaciones en este procedimiento es de 1 entre 1000.

En caso de sufrir alguna perforación, podría necesitarse atención médica de urgencia e incluso hospitalización. De ser así, es posible que tenga que someterse a cirugía para solucionar el problema.

DECLARO QUE entiendo la información relacionada con la endoscopia de la parte superior del aparato digestivo que se me ha proporcionado, incluidas las alternativas y los riesgos que conlleva esta intervención. No obstante, en caso de necesitar alguna aclaración adicional o tener preguntas con respecto a esta información, hablaré con mi gastroenterólogo antes de la intervención.

## Signatures

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

\_\_\_\_\_  
Staff Witness Signature  
08/23/2023 09:24 AM