

Unidad de Endoscopia Intervencionista del hospital Mass General

Gracias por permitirnos participar en su atención médica.

Información sobre el examen

Examen programado: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Va a someterse a _____ . Debe presentarse a esta hora: _____

Lugar: Unidad de Endoscopia del hospital Mass General, 4.^o piso del edificio Blake.

Nombre y teléfono del médico: _____

Es muy importante que cumpla esta cita. Si tiene que cancelarla, hágalo con un mínimo de 5 días hábiles de anticipación. Si tiene preguntas o dudas, comuníquese con nosotros. Información importante para antes del examen

Qué debe llevar al examen

Para preguntas relativas a los importantes procedimientos por COVID, revise la instrucciones para el día del procedimiento que se encuentran adjuntas a su preparación.

- Por su seguridad, haga los arreglos necesarios para que un acompañante adulto le lleve a casa después del examen. **No se le permitirá conducir ni hacer arreglos para volver a su casa en taxi ni en otros servicios de transporte privado. Si no tiene un acompañante adulto, las normas del hospital nos exigen cancelar el examen y programarlo para otra fecha.**
 - Debe traer el nombre y el número telefónico de su acompañante si este no puede estar con usted cuando se registre. Esta persona debe estar disponible para recogerle en un plazo de 30 minutos después de que le llamemos a avisarle que usted está listo.
 - En este paquete se incluye una copia(Véase la última página). de muestra del consentimiento del hospital Mass General para pacientes que van a someterse a un examen. Léala. Si no puede dar su consentimiento el día del examen, necesitaremos un poder para casos de urgencia médica firmado por usted. De lo contrario, su representante para asuntos médicos deberá estar presente para dar consentimiento en su nombre. Su representante también puede dar consentimiento por teléfono llamando a las oficinas de esta unidad en los 30 días anteriores al examen. Si no se otorga consentimiento, las normas del hospital nos exigen cancelar el examen y programarlo para otra fecha.
- Tenga en cuenta que las normas del Mass General exigen que las mujeres de entre 11 y 55 años se hagan una prueba de embarazo antes de hacerse un examen endoscópico. Cuando llegue al examen, una enfermera titulada verificará si usted necesita esta prueba y, si es el caso, le pedirá una muestra de orina.
- Documento de identificación con foto
 - Lista actualizada de medicamentos
 - No lleve joyas, a excepción del anillo de bodas.

Medicamentos

Si tiene diabetes

Si está tomando Canagliflozin (Invokana), Canagliflozin y Metformin (Invokamet), Dapagliflozin (Farxiga), Xigduo XR Dapagliflozin y Metformin (una tableta de liberación prolongada), o Empagliflozin (Jardiance), deje de tomarlo al menos tres días antes de la colonoscopia. Si está tomando ertugliflozina (Steglatro, Stegajan o Segluromet), suspenda el tratamiento al menos cuatro días antes de la colonoscopia programada. Asegúrese de ponerse en contacto con su médico de atención primaria o médico de diabetes sobre los cambios sugeridos anteriormente y obtener su orientación también.

- Si toma anticoagulantes** (Coumadin, Plavix, Pradaxa, Lovenox, etc.) le recomendamos que siga tomándolos a menos que el gastroenterólogo que va a realizar el examen le haya pedido específicamente que los suspenda. **Comuníquese con el cardiólogo o con el médico que le recetó los anticoagulantes para confirmar las instrucciones de toma.**

Instrucciones de preparación para el examen

El día del examen

- Si el examen va a realizarse **por la mañana**, no coma ni tome líquidos después de la medianoche del día anterior.
- Si va a realizarse **por la tarde**, puede tomar un desayuno de líquidos claros, como agua, té, café, caldo claro, jugo de manzana, Gatorade, gaseosa y gelatina. No agregue productos lácteos a las bebidas. **Suspenda los líquidos claros 4 horas antes del examen.**
- No mastique chicle ni coma caramelos en las 4 horas anteriores al examen.
- Tómese con sorbitos de agua todos sus medicamentos habituales, incluso los que toma para la presión arterial alta.

Después del examen

- Le mantendremos en observación en la sala de recuperación de la Unidad de Endoscopia durante una hora aproximadamente.
- Lleve sus objetos personales por si tiene que hospitalizarse después del examen.
- Recibirá instrucciones sobre la alimentación y los medicamentos.
- Puede volver al trabajo al día siguiente del examen.

En la Unidad de Endoscopia atendemos las necesidades de pacientes ambulatorios y hospitalizados. Debido a la naturaleza de los exámenes complejos que realizamos, podría haber retrasos inevitables. Le rogamos que tenga esto en cuenta al hacer sus planes. Haremos todo lo posible por iniciar a tiempo el examen. Le agradecemos su paciencia y su flexibilidad.

Instrucciones para llegar del estacionamiento a la Unidad de Endoscopia

Nos encontramos en el 4.^o piso del edificio Blake.

55 Fruit Street, Boston, MA 02114

Desde los estacionamientos de Fruit Street o Parkman Street:

1. Despues de estacionar, entre por la puerta principal del Mass General.
2. Tome el ascensor E hasta el 4.^o piso del edificio Blake.
3. Al salir del ascensor, busque la puerta de vidrio que lleva el letrero "MGH GI Associates".

Si necesita indicaciones para llegar en auto y más información, visite el sitio web de "Estacionamiento e información para visitantes":

www.massgeneral.org/visit (en inglés)

Si usa un sistema GPS, verifique el código postal.



Consentimiento para el procedimiento / Consent to Procedure

Yo doy mi consentimiento a _____ para realizar el/los siguiente(s) procedimiento(s):

Procedimiento(s): Ecografía endoscópico GI superior (EUS superior)

Sitio Operativo: Massachusetts General Hospital Si aplica la lateralidad: Derecha Izquierda Ambos lados

Me han sido informados 1) los potenciales riesgos y beneficios del procedimiento(s) y 2) los riesgos y beneficios de las alternativas, incluyendo las consecuencias de no realizar el/los procedimiento(s).

Soy consciente de que la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías acerca de los resultados de el/los tratamiento(s) y procedimiento(s) propuestos.

Además, tengo conocimiento de que existen posibles riesgos tales como pérdida de sangre, infección o dolor que pueden ocurrir en cualquier procedimiento quirúrgico, diagnóstico o terapéutico. Los siguientes riesgos adicionales me fueron explicados:

La ecografía endoscópica es una prueba importante para el diagnóstico, la estadificación y el tratamiento de los trastornos gastrointestinales y las neoplasias malignas. El examen se realizará con un endoscopio que examinará el tracto gastrointestinal superior. Si se observa una anomalía, se puede realizar una aspiración con aguja. La aspiración con aguja puede causar sangrado, dolor, infección o pancreatitis. La perforación y el sangrado son complicaciones muy raras, pero pueden ser graves y requerir hospitalización, transfusión de sangre o cirugía. Existe la posibilidad de que se presenten hematomas o dolor en la boca. En raras ocasiones, los dientes pueden desprenderse o dañarse.

Procedimientos adicionales:

- Neurólisis celíaca
- Drenaje de pseudoquiste
- Inyección en el quiste

Si se utilizará la sedación para realizar este procedimiento entiendo que esta sedación tiene riesgos. Mi médico explicó el uso de la sedación para el procedimiento. Los riesgos incluyen pero, no se limitan a, una respiración más lenta y presión arterial baja que pueden necesitar tratamiento.

Entiendo que uno de los riesgos potenciales o complicación del procedimiento es la pérdida de sangre. Entiendo que puedo necesitar productos sanguíneos durante el procedimiento o en el período post-quirúrgico. Si me niego a recibir productos sanguíneos completaré un documento por separado para autorizar el tratamiento sin recibir productos sanguíneos.

Entiendo que uno o más profesionales de la industria de la salud (representantes técnicos de equipos y artefactos médicos) u observadores podrían estar presentes durante el procedimiento únicamente con fines consultivos o de observación.

El hospital puede fotografiar o grabar en video mi procedimiento/cirugía para fines educativos, de investigación u otros propósitos operativos. Cualquier información utilizada para estos propósitos no me identificarán.

Entiendo que la sangre o tejidos extraídos durante este procedimiento pueden ser luego desechados por Massachusetts General Hospital. Estos materiales también pueden ser utilizados por Massachusetts General Hospital, sus asociados, afiliados para investigación, educación y otras actividades que apoyan la misión de Massachusetts General Hospital.



Patient Identification Area
PATIENT MUST BE IDENTIFIED BY
NAME AND MEDICAL RECORD NUMBER

Consentimiento para el procedimiento / Consent to Procedure

Un equipo de profesionales médicos trabajará conjuntamente para realizar mi procedimiento/cirugía. Se me ha explicado la función y la participación del médico jefe especialista en mi procedimiento, incluyendo que él/ella puede unirse al procedimiento después de que el sitio quirúrgico esté abierto o se puede retirar durante el proceso de cierre del mismo, y pueda necesitar apartarse del procedimiento durante porciones que no son críticas. La función de otros médicos involucrados en el procedimiento, como se indica a continuación, también me ha sido explicado. Entiendo que otros profesionales médicos que no aparecen en la siguiente lista pueden estar involucrados en el procedimiento. Se me informará el nombre de esos médicos después del procedimiento.

Función del médico o del profesional de la salud (marcar todas las que aplican)	Nombre del Médico, si se tiene el conocimiento
Fellow. Especificar año	
Residente. Especificar año:	
Asistente del médico	
Enfermera especializada	
Otro, por favor especifique:	
Otro, por favor especifique:	

Tuve la oportunidad de hacer preguntas acerca de los riesgos, beneficios, efectos secundarios, probabilidad de lograr las metas de este procedimiento y otras alternativas. Todas mis preguntas fueron respondidas a mi completa satisfacción y doy permiso para tener el procedimiento.

Paciente/persona designada para tomar decisiones Patient/Surrogate Decision Maker Signature	Nombre en letra de molde si no es el(la) paciente/ Printed Name if not Patient	AM PM	Fecha/Date	Hora/Time
Profesional que obtuvo la firma de la autorización / Practitioner Obtaining Consent Signature	Nombre en letra de molde / Printed Name	AM PM	Fecha/Date	Hora/Time

Atestación del Médico jefe especialista (no es necesaria si el Médico Jefe especialista obtuvo la autorización o consentimiento original)

Certifico que he conversado con el paciente, o con la persona designada por el paciente para tomar decisiones médicas, sobre todos los aspectos relevantes de este procedimiento/cirugía, incluyendo las indicaciones, los riesgos y los beneficios comparados con otros enfoques alternativos. Certifico que he respondido a todas sus preguntas y he proporcionado información en relación a otros profesionales médicos que estarán presentes durante la cirugía.

Firma del Médico Jefe / Attending Signature	Nombre en letra de molde / Printed Name	AM PM	Fecha/Date	Hora/Time
---	---	-------	------------	-----------

Si se usó a un intérprete, favor completar el nombre y número de identificación del intérprete: _____

Consentimiento por vía telefónica / Telephone Consent

Fecha / Date: _____ Hora / Time: _____ AM PM

Razón para realizar el consentimiento por vía telefónica / Reason for Telephone Consent: _____

Nombre de la persona designada para tomar decisiones de salud / Surrogate Decision Maker Name: _____

Consentimiento recibido por / Consent Received by: _____

Sirvió como testigo para la obtención del consentimiento / Consent Witnessed by: _____