

# Consentimiento informado para Colocación de Balón Intragástrico

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

## Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar:      Sí  No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

**En qué consiste:** para la colocación del balón intragástrico se realiza una endoscopia digestiva alta, donde se observa que no hay lesiones que contraindiquen su colocación, como gastritis erosiva aguda, úlceras del tubo digestivo, hernia de hiato importante y esofagitis, entre otras. El médico que realiza la prueba tiene el derecho de decidir no colocar el balón intragástrico de acuerdo a la patología encontrada. La endoscopia digestiva alta o gastroscopia es una exploración que permite la observación detallada y completa del esófago, estómago y duodeno. Para realizarla se introduce un tubo flexible a través de la boca, capaz de transportar luz e imagen, y se inyecta aire en el estómago para favorecer su visualización

## PREPARACIÓN PARA LA PRUEBA

La gastroscopia requiere como preparación previa únicamente que venga usted en ayunas, ya que, de haber comido algo, la visualización de la mucosa es deficiente y el riesgo de aspiración bronquial es elevado, por lo que no se puede realizar la prueba. Debe avisar e indicar al médico si tiene alguna alergia o si padece alguna enfermedad cardiovascular.

También es necesario que notifique con anterioridad si toma habitualmente anticoagulantes (por ejemplo, Sintrom®), antiagregantes (Aspirina®, Adiro®, Disgren® o Tiklid®, entre otros) y antiinflamatorios (por ejemplo, Voltaren®) o si es portador de una prótesis cardíaca.

## ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

### Riesgos generales:

Al realizar la gastroscopia se puede producir, de forma excepcional, perforación, hemorragia, dolor abdominal, aspiración bronquial, alteraciones cardiorrespiratorias, que en algún caso puede requerir ingreso hospitalario e, incluso, cirugía urgente.

La colocación del balón intragástrico puede ocasionar náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso, que incluso pueden requerir la administración de medicación endovenosa o, si el médico lo considera necesario, ingreso hospitalario.

El balón intragástrico se debe retirar a los 6 meses. Durante este periodo se debe seguir el régimen de visitas, en coordinación con el médico responsable del servicio. A pesar de una adecuada realización de la técnica, en un pequeño porcentaje de pacientes podría no conseguirse el resultado perseguido.

### Riesgos personalizados:

Además de los riesgos anteriormente citados, por circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) se pueden esperar los siguientes riesgos:

## ¿QUÉ OBJETIVOS PERSIGUE?

La finalidad del procedimiento es la pérdida de peso. La implicación y esfuerzo personal del paciente es fundamental, sin las cuales no es posible garantizar un resultado predecible. Sin embargo, el procedimiento se acompaña de medidas de apoyo para alcanzar el mejor resultado posible (psicólogo y nutricionista).

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es), adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a: .....

Colegiado nº ..... Fecha: .....

Firma del paciente

D/Dª: .....

Fecha: ...../...../.....

D./Dª: ....., con DNI: ..... en calidad de .....  
a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: ...../...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.

**DIRECCIÓN**

Oquendo 23 Bajo 2  
28006 Madrid  
Tel: 91 562 02 90

**CONTACTO**

Tel.: 91 562 02 90  
Email: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es)  
[www.cmed.es](http://www.cmed.es)

**SOCIAL**

 /CentroMedico  
EnfermedadesDigestivas  
 @TWC MED  
 @cmed\_es

**VIDEOCONSULTA**

También disponible por  
 VIDEOCONSULTA  
Más info: [cmed.es/e.cmed.php](http://cmed.es/e.cmed.php)