

G I L A B




LABORATORIO GASTRO INTESTINAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO

INFORMACION DE PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO Y/O TERAPEUTICO

- La Cápsula Endoscopia es un nuevo examen Endoscopico para el Intestino Delgado y no pretende examinar el Esófago, Estomago o Colon, y no reemplaza la Endoscopia Superior o Colonoscopia.
- Se me advirtió que debo mantenerme alejado de maquinas de radiofrecuencia o de resonancia magnética durante el tiempo que dure el examen y/o procedimiento de la Cápsula Endoscopia.
- Se me informo que en cada paciente existen variaciones en la motilidad intestinal y que existe la posibilidad de que debido a esto o alguna interferencia algunas imágenes no sean lo suficientemente claras o no sean grabadas y eso puede afectar el resultado y/o diagnostico del examen y/o procedimiento y sea necesario repetir el examen y/o procedimiento
- Estoy de acuerdo que algunas imágenes obtenidas durante mi examen y/o procedimiento serán usadas confidencialmente para propósitos de Educación, Investigación o Futuros estudios médicos.
- El Dr. Diego García Compeán me ha explicado el procedimiento de los riesgos que representa, así como las alternativas de diagnóstico y tratamiento.

Autorizo a G I L A B (Laboratorio Gastro Intestinal) y al Dr. Diego García
Compeán para que se me practique el examen y/o procedimiento.

Nombre: 

Lo anterior con fines de diagnóstico y/o tratamiento que me afecta y que debe
constar en mi expediente clínico.

Todo ello en los términos de los Artículos 80, 81 y 83 del reglamento de la ley
general de salud en materia de prestación de servicios de atención medica en vigor.

Manifiesto que he sido informado claramente de los fines de este documento, del
examen y/o procedimiento de diagnóstico y/o terapéutico que se me propone y de los
riesgos inherentes al mismo (complicación, riesgos, fracasos etc.) por lo cual declaro mi
conformidad con la presente autorización.



Nombre y Firma

Paciente, Padre, Madre y/o Tutor o Responsable Legal


Médico Responsable
Emilio López García
Testigo

Monterrey, N. L. a 13 de Julio de 20 18.

Autorizo a G I L A B (Laboratorio Gastro Intestinal) y al Dr. Diego García Compeán para que se me practique el examen y/o procedimiento.

Nombre:

[Redacted Name]

Lo anterior con fines de diagnóstico y/o tratamiento que me afecta y que debe constar en mi expediente clínico.

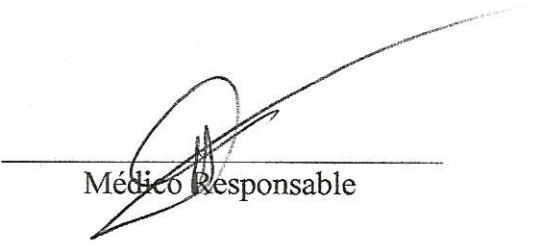
Todo ello en los términos de los Artículos 80, 81 y 83 del reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención medica en vigor.


Manifiesto que he sido informado claramente de los fines de este documento, del examen y/o procedimiento de diagnóstico y/o terapéutico que se me propone y de los riesgos inherentes al mismo (complicación, riesgos, fracasos etc.) por lo cual declaro mi conformidad con la presente autorización.

[Redacted Signature]

Nombre y Firma


Paciente, Padre, Madre y/o Tutor o Responsable Legal


Médico Responsable


Emilio López García
Testigo

Monterrey, N. L. a 31 de enero de 2018

Autorizo a G I L A B (Laboratorio Gastro Intestinal) y al Dr. Diego García Compeán para que se me practique el examen y/o procedimiento.

Nombre: 

Lo anterior con fines de diagnóstico y/o tratamiento que me afecta y que debe constar en mi expediente clínico.

Todo ello en los términos de los Artículos 80, 81 y 83 del reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención medica en vigor.

Manifiesto que he sido informado claramente de los fines de este documento, del examen y/o procedimiento de diagnóstico y/o terapéutico que se me propone y de los riesgos inherentes al mismo (complicación, riesgos, fracasos etc.) por lo cual declaro mi conformidad con la presente autorización.



Nombre y Firma

Paciente, Padre, Madre y/o Tutor o Responsable Legal


Dr. Diego García Compeán
Médico Responsable

María de los Angeles Castillo
Testigo

Monterrey, N. L. a 25 de Febrero de 20 11

- El Dr. Diego García Campeán me ha explicado el procedimiento de los riesgos que representa, así como las alternativas de diagnóstico y tratamiento.

Autorizo a G I L A B (Laboratorio Gastro Intestinal) y al Dr. Diego García Campeán para que se me practique el examen y/o procedimiento.

Nombre:

Lo anterior con fines de diagnóstico y/o tratamiento que me afecta y que debe constar en mi expediente clínico.


Todo ello en los términos de los Artículos 80, 81 y 83 del reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica en vigor.

Manifiesto que he sido informado claramente de los fines de este documento, del examen y/o procedimiento de diagnóstico y/o terapéutico que se me propone y de los riesgos inherentes al mismo (complicación, riesgos, fracasos etc.) por lo cual declaro mi conformidad con la presente autorización.

[Redacted Signature]

Nombre y Firma

Paciente, Padre, Madre y/o Tutor o Responsable Legal


Dr. Diego García Campeán
Médico Responsable


Emilio López García
Testigo

Monterrey, N. L. a 6 de mayo de 20 04