



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

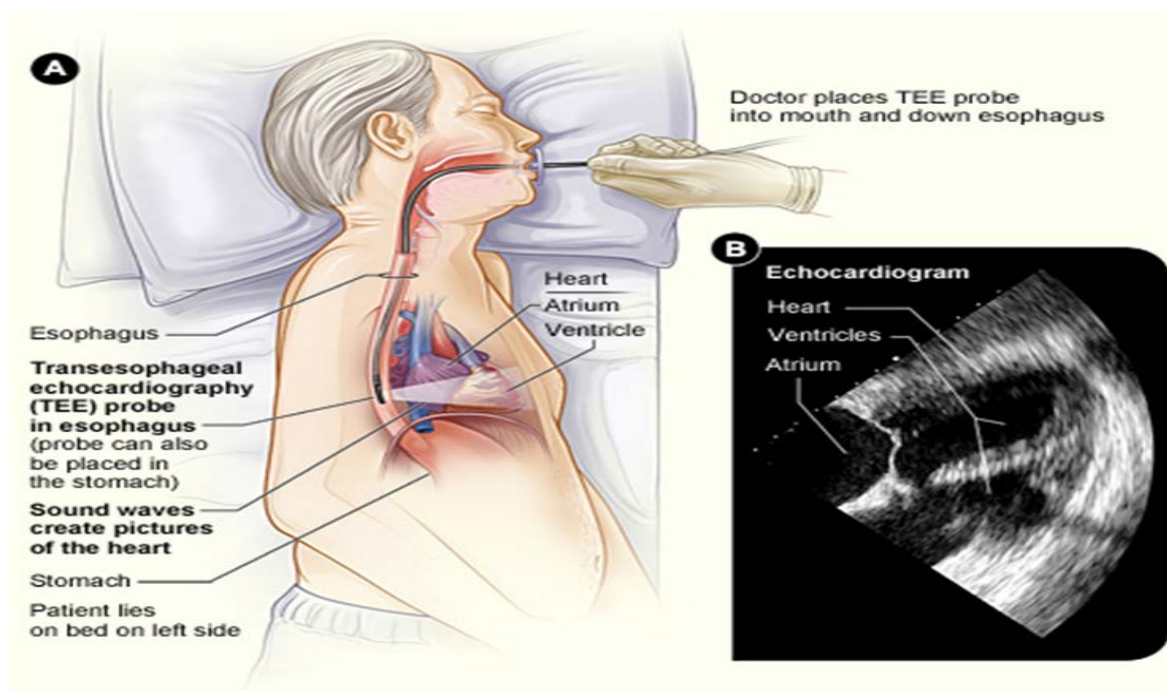
Se le proporciona esta información para que pueda tomar una decisión informada para realizarse una **Ecocardiografía Transesofágica con Cardioversión Eléctrica con Sedación Moderada o Anestesia.**

Razón y propósito del procedimiento:

La ecocardiografía transesofágica toma una foto de su corazón utilizando una prueba de ultrasonido. Esta foto puede mostrar coágulos de sangre dentro del corazón, cómo funcionan las válvulas cardíacas y/o infecciones en las válvulas cardíacas.

Antes del examen, usted recibirá un medicamento que lo ayudará a relajarse y a prevenir el dolor. Un tubo similar a una cámara, del grosor de un dedo, se coloca en su boca y en su esófago (el tubo que conecta la boca con el estómago). Al colocar el tubo similar a una cámara en el esófago se obtienen fotos que son más detalladas. El tubo similar a una cámara es capaz de tomar una mejor foto porque está más cerca del corazón. La vista no está bloqueada por otras partes del cuerpo tales como las costillas y los pulmones.

La cardioversión se puede usar para tratar muchos tipos de arritmias cardíacas (ritmos irregulares o rápidos). Se usa una máquina especial para enviar energía eléctrica a su músculo cardíaco para restaurar el ritmo normal. Se colocan almohadillas en su pecho. La energía eléctrica se transmite a través de estas almohadillas a su corazón. Este procedimiento hace que su frecuencia y ritmo cardíaco vuelvan a la normalidad, permitiendo que su corazón bombee más eficazmente.



Beneficios de este procedimiento:

Usted puede recibir los siguientes beneficios. Su médico no puede prometerle que recibirá alguno de estos beneficios. Solo usted puede decidir si los beneficios valen la pena el riesgo.

- Su frecuencia cardíaca puede volver al ritmo normal.
- Podemos descubrir la causa del ritmo anormal y elegir el mejor tratamiento.

Riesgos del procedimiento:

Ningún procedimiento está totalmente libre de riesgos. Algunos riesgos son bien conocidos. Puede haber riesgos no incluidos en la lista que su médico no pueda anticipar.

Riesgos de este procedimiento:

- **Espasmo de la tráquea o contracción refleja de las vías aéreas en los pulmones.** Podría ser necesaria la administración de medicamentos u otros tratamientos.
- **Ahogarse con contenido de la boca o del estómago, dando como resultado problemas respiratorios.** Podría ser necesaria la administración de medicamentos o tratamientos. Notifique al personal cuándo fue que comió por última vez.
- **Puede causar la muerte.**
- **Accidente cerebrovascular.** Puede ser necesaria la rehabilitación.
- **Ritmos cardíacos anormales.** Podría ser necesaria la administración de fluidos y medicamentos.
- **Irritación en la piel en el sitio de las almohadillas de cardioversión.** Puede ser necesaria la administración de medicamentos.
- **Daño a los dientes, encías o estómago.** Podría ser necesario efectuar una cirugía u otro tratamiento.
- **Reacción a los anestésicos.** Las reacciones más frecuentes son náuseas y vómitos. En casos muy poco frecuentes podría ocurrir la muerte. El anestesista hablará con usted sobre esto.

Riesgos asociados con fumar:

Fumar está vinculado con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos asociados con la obesidad:

La obesidad está vinculada con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos específicos para usted:

Tratamientos alternativos:

- Fotos obtenidas a través de la pared torácica.
- Tratamiento médico.
- Observación.
- No hacer nada. Puede decidir no hacerse el tratamiento.

Si decide que no se realice este tratamiento:

- Sus síntomas pueden empeorar.

Información general:

- Durante este procedimiento, el médico podría tener que realizar más procedimientos o procedimientos nuevos que los que acordé.
- Durante el procedimiento el médico podría tener que hacer más pruebas o tratamientos.
- Los alumnos, personas de ventas técnicas y otros integrantes del personal podrían estar presentes durante el procedimiento. Mi médico los supervisará.
- Se podrían tomar fotografías o grabar videos durante el procedimiento. Estos podrían agregarse a mi historial médico. Estos podrían publicarse con fines de enseñanza. Se protegerá mi identidad.

Al firmar este formulario acepto lo siguiente:

- He leído este formulario o el mismo me fue explicado con palabras que puedo comprender.
- Entiendo su contenido.
- He tenido tiempo para hablar con el médico. Mis preguntas fueron respondidas.
- Deseo que se me realice este procedimiento: **Ecocardiografía Transesofágica con Cardioversión Eléctrica con Sedación Moderada o Anestesia.**
- Entiendo que otros médicos, incluidos los médicos residentes, u otros integrantes del personal podrían ayudar en los procedimientos. Las tareas se basarán en su nivel de aptitud. Mi médico los supervisará.

Proveedor:

Este paciente podría requerir una prueba de grupo y compatibilidad o de grupo y compatibilidad cruzada, antes del procedimiento. Si así fuera, por favor obtenga el consentimiento para la sangre o los hemoderivados.

Firma del paciente _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: **Paciente** **Pariente más cercano (relación)** _____ **Tutor**

Declaración del Intérprete: He traducido este formulario de consentimiento y la explicación que le dio el médico al paciente, al padre o la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Intérprete: _____ Fecha _____ Hora _____

Intérprete (si corresponde)

SOLO para Uso del Proveedor:

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y el paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Explicación del paciente

El paciente muestra comprensión al relatar en sus propias palabras:

___ Las razones para el tratamiento o procedimiento: _____

___ Las zonas del cuerpo que serán afectadas: _____

___ Los beneficios del procedimiento: _____

___ Los riesgos del procedimiento: _____

___ Las alternativas al procedimiento: _____

O

___ El paciente decide no proceder: _____ (firma del paciente)

Validado/Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____