



**MIGUEL PARRADO AVENDAÑO M.D.**  
**UROLOGO**  
**Universidad Javeriana**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO CISTOSCOPIA**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado como al pie de mi firma aparece, en calidad de paciente, en pleno uso de mis facultades, autorizo al Doctor MIGUEL PARRADO AVENDAÑO, a realizarme el examen diagnóstico llamado URETROCISTOSCOPIA

Mediante esta técnica, utilizando un endoscopio, el médico ve el interior de la vejiga y de la uretra. Se realiza habitualmente de forma ambulatoria y con anestesia local (gel anestésico en uretra) que minimiza las molestias, y las hace tolerables.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, no siempre es posible llevarlo a cabo por razones no previsibles; puede no ser suficiente para aclarar el diagnóstico y pueden presentarse efectos indeseables, tales como:

Ardor al orinar y aumento de la frecuencia urinaria durante unos pocos días después del examen, Sangrado transitorio en la orina, Infección urinaria leve ó Bacteremia (Infección del torrente sanguíneo) a pesar de la profilaxis antibiótica.

Como en todos los procedimientos de estudio, el omitir este examen expone al paciente a pasar por alto el diagnóstico de la enfermedad que le aqueja.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del examen.

Declaro que conozco que la actividad médica no puede garantizar los resultados teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la recuperación de la salud.

Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias, por parte del médico, con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

C.C. \_\_\_\_\_

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos ventajas, riesgos, complicaciones y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado, y he contestado todas las preguntas que el paciente y sus familiares me han formulado.

\_\_\_\_\_  
MIGUEL PARRADO A. MD.

CLINICA META. Villavicencio. Calle 33 No 36 – 114  
Consultorio No 201 TEL. 6614400 ext 1129 Celular: 3102640482 -- 3164568876  
[urologo@miguelparrado.com](mailto:urologo@miguelparrado.com)  
[www.miguelparrado.com](http://www.miguelparrado.com)