


CODIGO: <b>0019-CTJ-HC-CI-PFT</b>	<b>ATENCION EN SALUD</b>	
VERSION: <b>01</b>	CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPIROMETRIA	
FECHA: <b>20-01-2026</b>	SUBPROCESO: <b>TERAPIAS</b>	

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPIROMETRIA

FECHA: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su terapeuta todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que podamos realizarle dicho procedimiento.

PROCEDIMIENTO:

DESCRIPCIÓN: Es una prueba que permite medir cuánto aire entra y sale de los pulmones, estimar el tamaño de estos y valorar el tratamiento adecuado de acuerdo con el resultado. Al ser una prueba de esfuerzo se requiere la colaboración del paciente para realizarla.

La prueba consiste en tomar la máxima cantidad de aire por la boca a través de una boquilla y expulsarlo todo por la misma boquilla, la cual va conectada a un equipo llamado espirómetro el cual registra la cantidad y frecuencia de aire inspirado y espirado durante un período de tiempo, de ser necesario y si el medico que ordena la prueba lo considera pertinente se administrará un medicamento inhalado para abrir los bronquios.

La duración promedio de esta prueba es de 30 a 40 minutos.

Yo \_\_\_\_\_ identificado (a) con \_\_\_\_ No \_\_\_\_\_, como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad abajo indicada. Declaro que se me explica lo siguiente:

BENEFICIOS Y CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR LA PRUEBA

Beneficios

Detectar el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y otros trastornos que pueden causar dificultades respiratorias.

Consecuencias de no realizarla

Es solo una prueba diagnóstica, que no repercute en el paciente no realizarla.

RIESGOS:

Puede presentar: crisis de tos, broncoespasmo, dolor torácico, mareo, incontinencia urinaria, cefalea. Muy raramente, el paciente puede sufrir un cuadro sincopal (perdida del conocimiento).

También comprendo que en cualquier momento puedo **REVOCAR** el consentimiento dado a conocer para este procedimiento. Estando plenamente informado de lo expuesto anteriormente doy mi consentimiento al funcionario que me atiende para realizar este procedimiento

Consentimiento informado diferido: (Para discapacidad o menores de edad)

Yo, \_\_\_\_\_, obrando como responsable y/o acudiente de \_\_\_\_\_ identificado con \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_, que no tiene la capacidad legal para otorgar la autorización (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva), manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla.

Si autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

De igual forma declaro que he sido debidamente informado (a) sobre los riesgos y posibles complicaciones de salud, y libremente tengo derecho del **desistimiento voluntario** al procedimiento. Si este fuera el caso, afirmaré que bajo mi responsabilidad decidiré desistir y en consecuencia declararé que ni la institución, ni su personal serán responsables en caso de complicaciones, dejando mi firma en el siguiente espacio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
No de Documento del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Profesional

\_\_\_\_\_  
No de Documento del profesional