

# Consentimiento informado

## Atención de parto

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

Declaro que se me ha explicado que la Atención de Parto consiste en asistir mediante una serie de procedimientos, la expulsión del feto a través de la vagina. Estos procedimientos, habitualmente utilizados, incluyen la rotura de la bolsa amniótica, incisión para ampliar canal de parto (episiotomía, perineotomía), administración endovenosa de ocitócicos, analgésicos.

Se me ha informado que el parto de término se define como aquel que se produce entre las 37 y 42 semanas. Parto prematuro es aquel que se produce antes de las 37 semanas y parto posttérmino es aquel que se verifica después de las 42 semanas. El parto incluye la aparición de contracciones uterinas, rítmicas, progresivamente más frecuente e intensas, la dilatación del cuello uterino y el descenso y expulsión del feto por vía vaginal. Le sigue la expulsión de la placenta, cordón y membranas ovulares.

La anestesia requerida para el parto será evaluada y realizada por el equipo de anestesiología.

Existe riesgo de complicaciones médicas, quirúrgicas o anestésicas durante o posterior a la atención del parto que pueden comprometer el estado de salud. Se me ha comunicado que las complicaciones propias de esta intervención son: Pérdida del bienestar fetal intrauterino; Prolapso del cordón umbilical; Alteración de las contracciones uterinas; Mala posición del feto o dificultades en su extracción; Hemorragias por atonía uterina, desgarros del canal del parto; Lesiones de vejiga, uretra o anorrectales, Infecciones (endometritis); Riesgo de muerte materna (1 a 3 casos cada 10.000 partos). La aparición de algunas de estas complicaciones obliga a acortar o interrumpir el trabajo de parto, realizando intervenciones obstétricas como aplicación de fórceps o cesárea, con la finalidad de salvaguardar la salud de la madre y el feto. En caso de hemorragias, puede ser necesario efectuar transfusiones sanguíneas.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, alternativas de tratamiento, riesgos de someterme o no a cirugía, procedimientos a ser utilizados, riesgos que éstos acarrearán, y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. Finalmente, entiendo que se harán todos los esfuerzos para el éxito de mi cirugía, sin complicaciones, pero no me pueden dar una garantía absoluta, la que no existe en ningún acto quirúrgico o anestésico.

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

## Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

## Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: