

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESÁREA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre)

en forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (a) __RODRIGO ALBERTO OTERO MERLANO_____

Como cirujano (a), y el ayudante que él (ella) designe, me realicen operación CESÁREA, por indicación médica.

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por una apertura quirúrgica en la pared anterior de mi abdomen y que su justificación es debida a que en las circunstancias actuales de mi embarazo consistentes en _____

Hacen presumir un mayor riesgo, para mi y/o para mi bebé, durante un parto vaginal.

Se me ha explicado que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes de la cesárea:

infecciones (urinarias, uterinas, pélvicas, abdominales, de la herida, etc.), hipotonía uterina (no contracción

del útero) y hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o posoperatoria, seromas (acumulación de líquido en la herida), hematomas (moretones). Existen otras complicaciones de menor frecuencia que requieren otras cirugías inmediatas (histerectomía o laparotomía), o posteriores tales como:

eventraciones (hernias), adherencias, dehiscencia de las suturas y otras. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, ruptura uterina en los siguientes embarazos, trombosis o muerte que, aunque son poco

frecuentes representan, como en toda intervención quirúrgica, un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que para esta cirugía se requiere de anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anesthesiólogo (a). Se me informa la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mi recién nacido, quien ejercerá un acto médico independiente al cirujano obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento en que se me realice OPERACIÓN CESÁREA.

Firma del paciente _____

C.C. _____

Ciudad y fecha _____ Índice derecho