



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 072-2023-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 17 de Mayo de 2023

VISTO:

El Expediente 05522-23, Y;

CONSIDERANDO:

Que, el literal a) del inciso 15.4 del artículo 15° de la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, modificado por la Ley N° 29414 – “Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud”, la misma que señala que, toda persona tiene derecho: *“A otorgar su consentimiento informado libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de su salud”;*

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, de fecha 13 de marzo del 2018, se aprobó la Norma Técnica N° 139-MINSA/2018/DGAIN – “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, señala que, en el formato de consentimiento informado: *“Toda persona debe ser informada por el médico tratante sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le expliquen las consecuencias de esa negativa. El médico tratante debe registrar en la Historia Clínica del paciente que lo informó sobre este derecho, las consecuencias de su decisión, así como su aceptación o negativa en relación con el tratamiento, consignando además la firma o huella digital del paciente o de su representante, según corresponda”;*

Que, mediante Nota Informativa N° 117-DGO-HONADOMANI-SB-23, el Jefe del Departamento de Gineco - Obstetricia solicita la aprobación de veintiuno (21) formatos de consentimiento informado para las diferentes intervenciones quirúrgicas que se realiza en el hospital, los mismos que deben evaluados, aprobados e incluidos en la Historia Clínica, adjuntando la relación de los formatos;

Que, a través de la Nota Informativa N° 117-2023-OGC-HONADOMANI-SB, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad pone de conocimiento al Director General que los formatos presentado cumplen con los requisitos establecidos en la Norma Técnica de Salud, por lo que otorga opinión favorable, sugiriendo continuar con el trámite de oficialización de Consentimiento Informado;

Que, con Nota Informativa N° 075-2023-DA-HONADOMANI-SB, el Director Adjunto en el marco de su competencia otorga opinión favorable para la aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado para diferentes intervenciones quirúrgicas en el Hospital Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, adjunta la relación de veintiún (21) formatos; en consecuencia a través del Memorando N° 305.2023.DG.HONADOMANI.SB, el Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, solicita al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica se sirva realizar la proyección del acto resolutivo correspondiente;

Que, ante lo propuesto por el Departamento de Gineco Obstetricia y contando con la opinión favorable de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Gestión de la Calidad; y teniendo en cuenta que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las



entidades, y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, asimismo debemos señalar que los actos administrativos deben expresar su respectivo objeto, de tal modo que pueda determinarse inequívocamente sus efectos jurídicos, en ese contexto resulta necesario emitir el acto resolutorio de aprobación de los formatos de Consentimiento Informado;

Con la visación del Director Adjunto, de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General mediante Resolución Ministerial N° 051-2022/MINSA y la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar veintiún (21) formatos de Consentimiento Informado para diferentes intervenciones Quirúrgicas del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que debidamente visados en anexo forma parte integrante de la presente Resolución Directoral, conforme la siguiente relación:

1. Consentimiento Informado para la atención del Parto Vaginal.
2. Consentimiento Informado para Cesárea.
3. Consentimiento Informado para Extirpación de Tumores Ováricos.
4. Consentimiento Informado para Cirugía de la Histerectomía.
5. Consentimiento Informado para Histerectomía Laparoscópica.
6. Consentimiento Informado para Histerectomía Radical.
7. Consentimiento Informado para Histeroscopia Quirúrgica.
8. Consentimiento Informado para Cirugía de Incontinencia Urinaria y/o Prolapso.
9. Consentimiento Informado para Inducción de Parto.
10. Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Implante Subdérmico.
11. Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas.
12. Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía.
13. Consentimiento Informado y Solicitud para la Inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU).
14. Consentimiento Informado para Laparoscopia Exploradora.
15. Consentimiento Informado para Legrado Diagnóstico.
16. Consentimiento Informado para Legrado Evacuador – AMEU.
17. Consentimiento Informado para Mastectomía Radical.
18. Consentimiento Informado para Miomectomía.
19. Consentimiento Informado para Cirugías.
20. Consentimiento Informado para Procedimientos Menores.
21. Consentimiento Informado para Quiсте de Bartholino.

Artículo Segundo.- Encargar al Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", la implementación de los formatos para otorgar su consentimiento informado aprobados mediante la presente Resolución Directoral.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente resolución en el portal de la página web del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" (www.sanbartolome.gob.pe)

Regístrese, Publíquese y Comuníquese,

SGCR/ERL/JORC/JCO/lccs.

c.c

- DA
- OGC
- Dpto. de Gineco Obstetricia
- OAJ
- OEI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. SANTIAGO G. CABRERA RAMOS
Director General
CMP. 16739 RNE. 7427



**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____
Diagnóstico _____

B. OBJETIVOS:

El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo, el periodo de salida del bebé del útero materno.

Es característica del parto la aparición de contracciones uterinas rítmicas y progresivamente intensas, que producen la dilatación del cuello uterino y la expulsión del feto y de la placenta y el cordón, junto con las membranas a través de la vagina.

C. CARACTERÍSTICAS

El parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos en la camilla a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad de la gestante. También se puede acceder a una posición que favorezca el parto vertical.

Dentro de la asistencia del parto existe una serie de procedimientos, habitualmente utilizados, como la rotura de la bolsa amniótica, la administración endovenosa de oxitocina, analgésicos, la práctica de una incisión en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto.

D. RIESGOS:

Si bien el parto es un hecho biológico que en general transcurre sin dificultades, a veces se presentan complicaciones maternas y/o fetales, inesperadas e imprevisibles:

- Pérdida de bienestar fetal
- Hemorragia
- Prolapso de cordón
- Lesiones o desgarros del canal del parto
- Lesiones de vejiga o de uretra o ano rectales
- Complicaciones debidas a alteración de las contracciones uterinas
- Complicaciones por mala posición del feto y/o dificultades en la extracción del feto.
- Riesgo de mortalidad materna estimada en 3-4 casos cada 10,000 partos.
- Atonía uterina
- Endometritis
- Trastorno de coagulación.

La aparición de algunas de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesario la realización de una intervención obstétrica (vacum, fórceps o cesárea) con el objeto de salvaguardar la salud y la vida de la madre y del feto. Estas intervenciones conllevan algunos riesgos y efectos secundarios propios que pueden hacer necesarios tratamientos complementarios. Por tal motivo, la decisión de realizar dichos procedimientos quirúrgicos para la atención del parto recae en el médico asistente según los criterios de las guías de Práctica Clínica del Departamento de Gineco Obstetricia. Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como los riesgos que estos conllevan. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones brindo mi **CONSENTIMIENTO** que se me efectúe procedimientos de asistencia de **ATENCIÓN DE PARTO**.

E. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. El Médico Cirujano que realizará la asistencia del **PARTO VAGINAL**.
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P. -RNE

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto. Asimismo, declaro que tengo concomitamiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal. Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. de Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):

De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. de Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. de Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:

4. REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado(a) con DNI N° _____,

En mi calidad de paciente () Representante Legal del Paciente () en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el tratamiento propuesto por el (los) médico(s) tratante(s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención quirúrgica eximiendo de toda responsabilidad de las consecuencias de dicha decisión personal a mi médico(s) tratante(s) y al hospital San Bartolomé, de acuerdo a lo establecido en el art. 4° de la ley 26842 Ley General de Salud.

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal
Doc. de Identidad:

Hora:
Fecha:

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo, llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que, como alternativa de tratamiento, requiero se me someta a la cesárea como alternativa que ofrece menor riesgo para mí y mi futuro hijo.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la cesárea. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgos inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la cesárea aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del hospital San Bartolomé, como antecedentes de mi salud son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el ginecólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí y mi hijo durante la cesárea, al igual que todos los medios técnicos de este hospital estarán disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me ha explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias actuales de su gestación y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, para la madre para el feto.

El tipo de anestesia requerida será indicada por el anesestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, mediciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La cesárea es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado, incluyendo una histerectomía.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de todo la intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento.

- a. Las derivadas de un parto (ya que de una modalidad de parto se trata), tales como: hemorragia, atonía uterina, endometritis, que ocasionalmente pudieran derivar en otras graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada
- b. Y por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son: fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afección de vías urinarias, dehiscencia y/o eventración postquirúrgica.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la cesárea descrita y se me practique los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del ginecólogo, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal y la de mi futuro hijo liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.

6. Se me ha informado que puedo revocar ese consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia, y que de no aceptar la cesárea propuesta en este documentó, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESAREA

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado(a) con DNI N° _____
En mi calidad de paciente () Representante Legal del Paciente () en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el tratamiento propuesto por el (los) médico(s) tratante(s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención quirúrgica eximiendo de toda responsabilidad de las consecuencias de dicha decisión personal a mi médico(s) tratante(s) y al hospital San Bartolomé, de acuerdo a lo establecido en el art. 4° de la ley 26842 Ley General de Salud.

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:



**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA – ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE TUMORES OVÁRICOS**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo, llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que, que requiero se me someta a la extirpación del tumor ovárico como alternativa de tratamiento.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la extirpación del tumor ovárico. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que, si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la extirpación del tumor ovárico aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la extirpación del tumor ovárico, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente de los riesgos de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La extirpación del tumor ovárico se puede practicar por vía vaginal, abdominal o laparoscópica. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La extirpación del tumor ovárico, uni o bilateral, puede realizarse mediante:

- La quistectomía o tumorectomía, que es la operación en la que se enuclea un quiste o un tumor sólido de ovario, respetando total o parcialmente el ovario o anexo donde asiente;
- La ooforectomía, que es la resección completa del quiste ovárico y el ovario donde se encuentra éste, y
- La anexectomía, en la que no sólo se extirpa el ovario, sino la trompa del mismo lado.
- Estadiaje post cirugía de ovario

Aunque en principio, siempre se intentará la extirpación únicamente del quiste o tumor, respetando al máximo el tejido ovárico, la naturaleza del tumor, el tipo de cápsula, los hallazgos macroscópicos operatorios (situación exacta, adherencias, parénquima, ovario restante, etc.) y el desarrollo de la intervención en sí, pueden aconsejar o hacer necesaria la ooforectomía parcial o total, o la anexectomía. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. De extirparse los ovarios bilateralmente, se instaurará la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

Aunque todos los hallazgos físicos y pruebas complementarias preoperatorias apunten hacia un proceso benigno, la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo informada de los resultados, condicionando en ocasiones éstos la necesidad de una intervención más amplia o la posibilidad de recidivas en el futuro, que dependerán de la propia naturaleza del proceso,

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc.).
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria),
- c. Lesiones vesicales, ureterales o intestinales.
- d. Rotura o extirpación incompleta del quiste.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE TUMORES OVÁRICOS

2. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuese necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
3. En cualquier caso, deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

4. El HONADOMANI San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del ginecólogo, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal y la de mi futuro hijo liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
5. Se me ha informado que puedo revocar ese consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia, y que de no aceptar la extirpación del tumor ovárico propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXTIRPACIÓN DE TUMORES OVÁRICOS

REVOCATORIA DEL CONSETIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado(a) con DNI N° _____
En mi calidad de paciente () Representante Legal del Paciente () en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el tratamiento propuesto por el (los) médico(s) tratante(s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención quirúrgica eximiendo de toda responsabilidad de las consecuencias de dicha decisión personal a mi médico(s) tratante(s) y al hospital San Bartolomé, de acuerdo a lo establecido en el art. 4° de la ley 26842 Ley General de Salud.

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:



**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA – ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA HISTERECTOMÍA**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a la histerectomía como alternativa de tratamiento.
He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la cirugía de la histerectomía. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.
Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la histerectomía aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.
Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la histerectomía, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La histerectomía se puede practicar por vía vaginal, abdominal o laparoscópica. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La intervención consiste en la extirpación del útero con/sin cuello (histerectomía total o subtotal), lo que supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía puede conllevar a la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) uni o bilateral, según la edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios, se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica. La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior, siendo informada de los resultados.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado, como por ejemplo, la conversión de una histerectomía laparoscópica a una por cirugía abierta.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables; tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc.).
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales. d. Lesiones intestinales.
- d. Fístulas vesicovaginales e intestinales.
- e. A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias abdominales, así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la Histerectomía y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
 3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
 4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):
-
5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del ginecólogo, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal y la de mi futuro hijo liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LA HISTERECTOMÍA

6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la Histerectomía propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Ginecólogo que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



5

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRUMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA LAPAROSCOPICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me realice una histerectomía laparoscópica como mejor alternativa de tratamiento.
He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la cirugía de la histerectomía laparoscópica. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique. Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la histerectomía laparoscópica aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.
Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la histerectomía laparoscópica, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La intervención consiste en la extirpación del útero con/sin cuello (histerectomía total o subtotal) mediante pequeños orificios en el abdomen con un instrumento llamado laparoscopio, lo que supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La utilización de la laparoscopia persigue un menor dolor postoperatorio, una más rápida recuperación y menores lesiones cicatriciales. La técnica se denomina mixta cuando se realiza la histerectomía a través de la vaina pero se ayuda a la extracción del útero con el laparoscopio. La histerectomía puede conllevar a la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) unilateral o bilateral, según la edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios, se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica. La pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior, siendo informada de los resultados. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, enfermedades cardiopulmonares, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante. También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Su médico tratante puede considerar necesario realizar adicionalmente el siguiente procedimiento quirúrgico

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc.).
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales
- d. Lesiones intestinales.
- e. Fístulas vesicovaginales e intestinales.
- f. A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias abdominales, así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos.
- g. Entisema subcutáneo o paso del CO₂ al tejido celular subcutáneo. Embolia gaseosa o acidosis metabólica secundaria al neumoperitoneo.
- h. Tromboembolismo venoso profundo de miembros inferiores y/o de pulmón.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la histerectomía laparoscópica y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la histerectomía laparoscópica propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo concomitancia que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante; por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado(a) con DNI N° _____
En mi calidad de paciente () Representante Legal del Paciente () en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el tratamiento propuesto por el (los) médico(s) tratante(s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención quirúrgica eximiendo de toda responsabilidad de las consecuencias de dicha decisión personal a mi médico(s) tratante(s) y al hospital San Bartolomé, de acuerdo a lo establecido en el art. 4° de la ley 26842 Ley General de Salud.

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMÍA RADICAL

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a la histerectomía radical como alternativa de tratamiento.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la histerectomía radical. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la histerectomía radical aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el cirujano oncólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la cirugía de la histerectomía radical, al igual que todos los medios técnicos de este hospital para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente de los riesgos con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación

INFORMACIÓN GENERAL

La histerectomía radical suele practicarse por vía abdominal, si bien es posible realizarla también por vía vaginal o laparoscópica. El tipo de anestesia y si fuera general será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, lesiones intestinales, tromboembolia, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La intervención consiste en la extirpación total del útero lo que supone la no posibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía radical lleva asociada la linfadenectomía pélvica bilateral y exploración de ganglios paraaórticos y, en ocasiones (según la edad), la extirpación de los anexos (ovarios y trompas). Al extirparlos ovarios, se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica. Toda la pieza o material extirpado serán enviados para completar el estudio anatomopatológico, siendo informada de los resultados.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc.).
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c. Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales.
- d. Lesiones intestinales.
- d. Fístulas vesicovaginales e intestinales.
- e. A largo plazo podrían existir prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, hernias abdominales, así como patología de ovarios restantes cuando se conservan los anexos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la histerectomía radical y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase ninguna):



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMÍA RADICAL

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del ginecólogo, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal y la de mi futuro hijo liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar ese consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia, y que de no aceptar la cesárea propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano Oncólogo que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a una histeroscopia quirúrgica como mejor alternativa de diagnóstico y/o tratamiento.
He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la histeroscopia quirúrgica. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.
Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la histeroscopia quirúrgica aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.
Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la histeroscopia quirúrgica, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación

INFORMACIÓN GENERAL

La histeroscopia es un método de diagnóstico y tratamiento de diferentes procesos que afectan al útero que se utiliza para observar, tomar muestras, reseca formaciones intracavitarias o realizar otras intervenciones. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Consiste en introducir una lente a través del cuello del útero para visualizar la cavidad uterina. Dado que existe el riesgo de producirse sangrado y si existe sangrado con CO2 riesgo de embolia gaseosa, y no se logra visibilidad, debe realizarse con medios de distensión líquidos. Si no se utiliza electrocirugía o ésta es de tipo bipolar, se pueden utilizar diversos medios de distensión líquidos. Si la electrocirugía es de tipo monopolar debe realizarse siempre la histeroscopia con Glicina o con Dextrans. Según el equipo de histeroscopia que se utilice a veces es preciso dilatar el orificio cervical interno para introducir el aparato a través de éste. Según la necesidad de dilatar el orificio cervical interno se precisa más o menos anestesia y con frecuencia la histeroscopia quirúrgica se hace con anestesia epidural, raquídea o general. La pieza o piezas extirpadas se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo informada de los resultados.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Aunque todos los hallazgos físicos y pruebas complementarias preoperatorias apunten hacia un proceso benigno, condicionando en ocasiones éstos la necesidad de una intervención más amplia o la posibilidad de recidivas en el futuro, que dependerán de la propia naturaleza del proceso.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Imposibilidad de realización o finalización.
- b. Desgarros cervicales.
- c. Perforación uterina.
- d. Hemorragia.
- e. Infección pélvica.
- f. Síndrome hiperosmolar por extravasación del producto utilizado para la expansión de la cavidad uterina (glicina).
- g. Quemaduras accidentales y lesiones en otros órganos pélvicos y/o vecinos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):
-
5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la histeroscopia quirúrgica propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar:
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo:
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA y/o PROLAPSO

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a la histerectomía como alternativa de tratamiento.
He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy conciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.
Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.
Entiendo que el ginecólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la cirugía de la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy conciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso se suele practicar por vía vaginal, y en algunos casos por vía abdominal, y pretende la corrección o mejoría de la incontinencia y/o prolapso. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

A través de pequeñas incisiones en la vagina se dan unos puntos, que elevan y fijan la uretra y la vejiga que se encuentran excesivamente móviles o caídas. En determinadas pacientes portadoras de prolapso puede ser necesaria la corrección de defectos perineales asociados (enterocele, rectocele, cistocele). El postoperatorio puede ser corto (3 o 4 días), aunque en ocasiones es recomendable que la paciente sea dada de alta portando una sonda uretral o teniendo que realizar sondajes intermitentes para vaciar la vejiga hasta que ésta se adapte a su nueva situación.

Esta intervención no garantiza absolutamente la corrección de la incontinencia de modo permanente. Hay un porcentaje considerable de fracasos, aún así el estado de la incontinencia no suele empeorar, salvo casos excepcionales. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones urinarias.
- b. No poder orinar espontáneamente o urgencia miccional.
- c. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- d. Hematoma, dehiscencia o infección de la herida quirúrgica.
- e. Lesiones vesicales y/o uretrales y/o uretrales.
- f. Rechazo a las suturas empleadas en la intervención.
- g. Disminución de la sensibilidad cutánea o vaginal.
- h. Coito doloroso.
- i. Dolor en el pubis (osteítis del pubis).
- j. A largo plazo podrían existir prolapso de paredes vaginales.
- k. Debilidad de los músculos de las piernas (por compresión o lesión de los nervios de las piernas).
- l. Flebitis y tromboflebitis.
- m. Embolia pulmonar

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la cirugía de incontinencia urinaria y/o prolapso propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Ginecólogo que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares; el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar:
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo:
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



9

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a la inducción del parto como alternativa de tratamiento. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la cirugía de la inducción del parto. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique. Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la inducción del parto aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna. Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí y mi hijo durante la inducción del parto, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

Es necesario y/o conveniente proceder, en su situación, a inducción del parto. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo.

Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La inducción del parto consiste en provocar la finalización de la gestación, bajo vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, por causas médicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado, siendo los más frecuentes de forma individual o combinada:

- Rotura de la bolsa amniótica.
- Administración vaginal de prostaglandinas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
- Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguna de las anteriores.
- Administración de prostaglandinas por vía oral, intramuscular o intravenosa, que sólo se emplean para la inducción de fetos muertos.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las 24 horas de la rotura de la bolsa amniótica.
- b. Aparición de un sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno al feto durante las contracciones uterinas, no siendo su riesgo mayor al del parto no inducido.
- c. Fracaso de la inducción.
- d. Rotura uterina, complicación muy infrecuente, cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
- e. Prolapso de cordón, complicación rara que puede ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en peligro la vida fetal, no siendo su incidencia mayor que en el parto no inducido.
- f. La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente a la realización de una cesárea para salvaguardar la vida de la madre o del niño.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la inducción del parto descrita y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.

4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escribase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la inducción del parto propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

1. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Gineco- Obstetra que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar:
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo:
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LA INSERCIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO

Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, N de Historia Clínica _____

declaro que he recibido información suficiente y debida del personal de salud y comprendido lo siguiente:
El implante sub dérmico es un método anticonceptivo temporal y tiene una duración de 3 años. Ningún método anticonceptivo es perfecto y que algunas mujeres han quedado embarazadas mientras usan el implante (1 de cada 1000 mujeres durante el primer año de uso).

El implante no me protegerá contra la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual y que debo usar condones para protegerme contra estas infecciones.

Tiene beneficios, riesgos, efectos secundarios que los he entendido con claridad.
Algunos medicamentos pueden interactuar con el implante y disminuir su eficacia como anticonceptivo. Debo informar a todos mis proveedores de atención médica que estoy usando un implante anticonceptivo.

Declaro que no estar embarazada y si en el momento de la aplicación no estuviera menstruando, asumo la responsabilidad por un posible embarazo en curso, no obstante haberseme realizado, de ser necesario, una prueba de embarazo con resultado negativo.

Debo informar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas antes de usar el implante anticonceptivo subdérmico:

- Coágulos de sangre en los pulmones, las piernas o el cerebro
- Sangrado inexplicable de la vagina
- Inflamación de las venas
- Cáncer de seno o útero
- Enfermedad hepática
- Enfermedad cardiaca o accidente cerebrovascular

He informado al proveedor de atención de planificación Familiar si alguna vez he tenido alguno de los siguientes problemas, de modo que me ha podido explicar los problemas que se pueden presentar si uso un implante anticonceptivo subdérmico:

- Diabetes
- Colesterol alto
- Dolores de cabeza
- Convulsiones o epilepsia
- Enfermedad de la vesícula biliar o renal
- Depresión
- Presión arterial alta o hipertensión

Los efectos secundarios asociados que pudieran presentarse a veces con el implante anticonceptivo subdérmico incluyen:

- Cambios en el patrón de sangrado menstrual, o incluso la ausencia de periodos menstruales.
- Manchado o sangrado entre periodos.
- Aumento de peso
- Dolores de cabeza
- Acné
- Cambios en el estado de ánimo, nerviosismo

Se pueden presentar algunos problemas relacionados con la inserción o en el retiro del implante:

- Dolor, irritación, inflamación o hematomas en el lugar de inserción/retiro en el brazo
- Tejido cicatricial grueso alrededor del implante que dificulta su retiro
- Infección en el lugar de inserción/retiro
- Se debe retirar al final de tres años, pero se puede quitar antes si lo desea.
- Si tengo problemas puedo ubicar a un proveedor de atención de planificación familiar para solicitar ayuda.

Por tanto, después de recibir información sobre este método anticonceptivo y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción del Implante subdérmico, por lo que solicito y autorizo su inserción. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones y asistir a los controles posteriores a la inserción del implante en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ___/___/___



Firma de la Usuaría

Huella Digital

Firma y sello de el /la Médico/a Cirujano/a u Obstetra

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.
Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ___/___/___

Nombre de el/la Testigo: _____



Firma de el/la Testigo
D.N.I

Huella Digital de la/el Testigo



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE INTERVENCIÓN PARA LIGADURA DE TROMPAS

Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, N de Historia Clínica _____ y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas. La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia. Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entre 4-10 por 100,000 Ligadura de trompas).

Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente.

Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo.

Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación. La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.

Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme.

Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.

Ni yo ni mi pareja ni mis parientes perderemos nuestro derecho a atendernos o beneficiarnos de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: ___/___/___

Firma y sello del Personal
Que brinda la orientación y consejería



Firma de la Usuaría

Huella Digital

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ___/___/___

Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I. Huella

Digital de el/la
Testigo



Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas

Fecha de la Intervención ___/___/___

Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas

Yo, _____, con CMP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital de la usuaria

Firma y sello de el /la Médico/a Cirujano/a



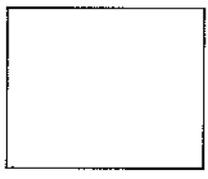
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD DE INTERVENCIÓN PARA VASECTOMÍA

Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, N de Historia Clínica _____ y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Vasectomía. La Vasectomía es una operación electiva, no es de emergencia.
Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos y complicaciones poco frecuentes.
Después de la Vasectomía no podré tener más hijos, su efecto es permanente.
Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo en mi pareja.
Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación. La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.
Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Vasectomía y después, si es mi decisión, venir al establecimiento de salud para operarme.
Puedo pedir más explicaciones sobre la Vasectomía o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.
Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la Vasectomía.
Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción de la Vasectomía, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo

Fecha: ___/___/___

Firma y sello del Personal
Que brinda la orientación y consejería



Firma de la Usuaría

Huella Digital

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.
Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ___/___/___ Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I Huella

Digital de el/la
Testigo



Autorización de Intervención para Vasectomía

Fecha de la Intervención ___/___/___

Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas

Yo, _____, con CMP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

Firma o Huella Digital del usuario

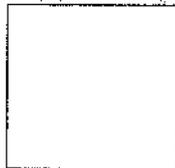
Firma y sello de el /la Médico/a Cirujano/a



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SOLICITUD PARA LA INSERCIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Yo, _____, identificada con D.N.I. _____, N de Historia Clínica _____ declaro que he recibido información suficiente y debida del personal de salud y comprendido lo siguiente:
 El DIU es un pequeño dispositivo que se coloca dentro del útero (o matriz). Actúa fundamentalmente impidiendo la fecundación (unión del óvulo y el espermatozoide). Tiene una duración para 12 años.
 Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, puede presentar dolor durante la menstruación, en especial los primeros meses.
 Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.
 Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.
 Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
 No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.
 Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU.
 Se coloca en los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.
 La inserción se realiza en consulta ambulatoria. Raramente puede aparecer una reacción vagal (bajada de tensión, mareo, etc.), siempre pasajera.
 El DIU es un anticonceptivo de larga duración reversible presentan una elevada eficacia contraceptiva aun así, existe un riesgo de embarazo en aproximadamente una de cada cien mujeres en el primer año de uso.
 Los controles, y atención de posibles complicaciones son gratuitos.
 Puedo pedir más explicaciones sobre el DIU o desistir de la aplicación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.
 Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la colocación del DIU.
 Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción del DIU por lo que solicito y autorizo su colocación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones y asistir a los controles posteriores a la colocación del DIU en las fechas que se me indique.
 Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: __/__/__



Firma de la Usuaría

Huella Digital

Firma y sello de el /la Médico/a Cirujano/a u Obstetra

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: __/__/__

Nombre de el/la Testigo: _____

Firma de el/la Testigo
D.N.I



Huella Digital de la/el Testigo



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROSCOPIA EXPLORADORA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

- Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me realice una laparoscopia exploradora como mejor alternativa de tratamiento. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la cirugía de la laparoscopia exploradora. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique. Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la laparoscopia exploradora aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna. Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante laparoscopia exploradora, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

Este procedimiento consiste en la introducción de un sistema de lentes (laparoscópico) en la cavidad abdominal a través de pequeñas incisiones (cortes) luego de insuflar un gas dentro del abdomen, para proceder a la revisión de los órganos abdominales pélvicos. Según los hallazgos se podrá decidir algún tipo de intervención que podría ser:

- Toma de biopsias intraoperatorias.
- Extirpación de órganos, cadenas ganglionares y otras estructuras relacionadas.
- Cirugía reductora
- Liberación de adherencias.
- La cirugía puede quedar reducida a la toma de biopsias.

Toda la pieza operatoria o material extirpado será enviado para completar el estudio anatomopatológico. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivado. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, enfermedades cardiopulmonares, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante. También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Es posible que sea necesario convertir la cirugía alguna técnica abierta (con corte si se presentan dificultados o de acuerdo a los hallazgos. Su médico tratante puede considerar necesario realizar adicionalmente el siguiente procedimiento quirúrgico _____.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, etc.).
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Lesiones vesicales, ureterales y/o uretrales
- Lesiones intestinales.
- Fístulas
- A largo plazo podrían existir eventraciones abdominales, obstrucción intestinal
- No conseguir el objetivo quirúrgico por esta vía y tener que realizar una cirugía convencional
- Persistencia de la sintomatología previa, total o parcial
- Lesiones de otras vísceras (intestino, bazo, hígado, vejiga, etc), así como peritonitis, shock séptico.
- Probable lesión diafragmática: hemotorax o sangrado en la cavidad torácica, neumotórax, hernia diafragmática, pitorax, parálisis diafragmática como consecuencia de la lesión del nervio frénico y con repercusiones respiratorias.
- Complicaciones derivadas de la herida quirúrgica: infecciones ed severidad variable, dehiscencia de sutura e incluso eventración, fistulas permanentes o temporales, defectuosa estéticos, intolerancia a los materiales de sutura, neuralgias hip o hipostesias.
- Enfisema subcutáneo o paso del CO2 al tejido celular subcutáneo. Embolia gaseosa o acidosis metabólica secundaria al neumoperitoneo.
- Tromboembolismo venoso profundo de miembros inferiores y/o de pulmón.



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA – ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROSCOPIA EXPLORADORA

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.
Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy mi consentimiento para que se me realice la laparoscopia exploradora y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):
5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la histerectomía laparoscópica propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano que realizará la intervención quirúrgica:
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO DIAGNOSTICO

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a legrado diagnóstico como alternativa de tratamiento.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos del legrado diagnóstico. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en el legrado diagnóstico aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el legrado diagnóstico, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

El principal propósito del legrado diagnóstico es obtener muestras de tejido endometrial y/o cervical para su estudio histológico en aquellos casos en que ha existido una metrorragia de tipo anormal. . A veces puede ser de valor terapéutico para aliviar transitoriamente una metrorragia funcional copiosa y/o extirpar un pólipo endometrial. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anesestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

El legrado diagnóstico sólo se puede practicar por vía vaginal. La intervención consiste en la toma de material endometrial y endocervical para su estudio anatomopatológico. Todo el material obtenido será enviado para completar el estudio anatomopatológico.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, etc.).
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c. Perforación de útero, con o sin compromiso de vasos y víscera vecinas.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice el legrado diagnóstico y se me practique los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar el legrado diagnóstico propuesto en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO DIAGNOSTICO

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Ginecólogo que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.

Asimismo, declaro que tengo concomitamiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO EVACUADOR- AMEU**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

- Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a legrado evacuador / AMEU como tratamiento.
He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos del legrado evacuador/AMEU. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.
Se me ha informado además que, si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en el legrado evacuador/AMEU aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.
Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante el legrado evacuador/AMEU, al igual que todos los medios técnicos de este hospital disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación

INFORMACIÓN GENERAL

El principal propósito del legrado evacuador/AMEU es limpiar la cavidad endometrial de contenido intrauterino. A veces, puede ser necesario un segundo legrado para completar esta evacuación, sobre todo en los casos de aborto retenido o frustrado. El tipo de anestesia será bloqueo cervical (anestesia local) y si el caso lo requiere, se contará con la presencia del anestesiólogo quien indicará el tipo de anestesia ideal para la paciente indicado para su problema. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
El legrado evacuador/AMEU sólo se puede practicar por vía vaginal. La intervención consiste en dilatar el cuello uterino, algunas veces, para luego extraer el contenido intrauterino con pinzas específicas y legras romas y cortantes, o bien por aspiración. Todo el material obtenido será enviado para completar el estudio anatomopatológico.
También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, etc.).
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Perforación de útero, con o sin compromiso de vasos y víscera vecinas.
- Persistencia de restos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

- Doy consentimiento para que se me realice el legrado evacuador/AMEU y se me practique los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
 - Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
 - En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):
-
- El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del ginecólogo, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal y la de mi futuro hijo liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
 - Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar el legrado evacuador/AMEU anal propuesto en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO EVACUADOR- AMEU

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Ginecólogo que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo concómito que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



**DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTECTOMÍA RADICAL.**

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a la mastectomía radical como alternativa de tratamiento.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la mastectomía radical. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.

Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la mastectomía radical aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el cirujano oncólogo empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la cirugía de la mastectomía radical, al igual que todos los medios técnicos de este hospital para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente de los riesgos con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La mastectomía radical suele practicarse por vía cutánea, extirpando el complejo aerola pezón. El tipo de anestesia es general y será indicada por el anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, tromboembolia, compromiso linfático axilar, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La intervención consiste en la extirpación total de la mama lo que supone la no posibilidad de no dar lactancia, si el caso amerite. La mastectomía radical lleva asociada la linfadenectomía axilar. Al extirpar las mamas, se puede instaurar cambios psicológicos. Toda la pieza o material extirpado serán enviados para completar el estudio anatomopatológico, siendo informada de los resultados.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

Riesgos asociados a la mastectomía:

- Hemorragia
- Hematoma, seroma y/o absceso.
- Dehiscencia de la herida
- Cicatrices retráctiles e hipertróficas

Riesgos asociados a la linfadenectomía:

- Hemorragias; lesión de los nervios de la axila
- Hematoma, seromas y/o absceso.
- Dehiscencia, retracción, hipertrofia de la cicatriz
- Parestesia del brazo (hormigueo).
- Edema del brazo, limitación de la movilidad y disminución de fuerza.

En general estas complicaciones no son frecuentes (salvo el seroma) y su repercusión clínica es escasa.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MASTECTOMÍA RADICAL

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.
Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la mastectomía radical y se me practique los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la mastectomía radical propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano Oncólogo que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano oncólogo tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomé es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMIA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C.: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a la extirpación de tumores uterinos (miomas) o miomectomía como alternativa de tratamiento.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la cirugía de la miomectomía. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique. Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la miomectomía aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la miomectomía; al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La extirpación del tumor uterino (mioma) se puede practicar por vía vaginal, abdominal o laparoscópica. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. La extirpación del mioma uterino, puede realizarse mediante:

- Tumorectomía, que es la operación en la que se enuclea el tumor sólido del útero, respetando total o parcialmente el útero donde asiente;
- La histerectomía, en la que no sólo se extirpa el mioma, sino el útero en su totalidad.

Aunque en principio, siempre se intentará la extirpación únicamente del tumor, respetando al máximo el tejido uterino, la naturaleza del tumor, el tipo de cápsula, los hallazgos macroscópicos operatorios (situación exacta, adherencias, parénquima, etc.) y el desarrollo de la intervención en sí, pueden aconsejar o hacer necesaria la histerectomía parcial o total. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Aunque todos los hallazgos físicos y pruebas complementarias preoperatorias apunten hacia un proceso benigno, la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo informada de los resultados, condicionando en ocasiones éstos la necesidad de una intervención más amplia o la posibilidad de recidivas en el futuro, que dependerán de la propia naturaleza del proceso.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas, endometritis, miometritis, etc.).
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c. Lesiones vesicales, ureterales o intestinales.
- d. Adherencias intraabdominales.
- e. Repercusión sobre gestaciones posteriores.
- f. Imposibilidad de extirpación completa del tumor.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la miomectomía y se me practique los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la miomectomía propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
Dé que la paciente: _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIAS

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha propuesto se me realice _____ como mejor alternativa de tratamiento.
He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de _____. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.
Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en _____ aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.
Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante _____, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La intervención propuesta consiste en _____. Puede hacerse mediante laparoscopia o mediante cirugía abierta. Habitualmente es necesario realizar una preparación previa para _____. El tipo de anestesia requerida será indicada por el anesestesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, enfermedades cardiopulmonares, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante. También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado. Su médico tratante puede considerar necesario realizar adicionalmente el siguiente procedimiento quirúrgico _____.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas; como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy mi consentimiento para que se me realice _____ y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):
5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la _____ propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Cirujano que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

Hora:
Fecha:

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.

Asimismo, declaro que tengo concomitancia que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomó, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCION DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado(a) con DNI N° _____
En mi calidad de paciente () Representante Legal del Paciente () en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el tratamiento propuesto por el (los) médico(s) tratante(s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención quirúrgica eximiendo de toda responsabilidad de las consecuencias de dicha decisión personal a mi médico(s) tratante(s) y al hospital San Bartolomé, de acuerdo a lo establecido en el art. 4° de la ley 26842 Ley General de Salud.

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS MENORES

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha propuesto se me realice _____ como mejor alternativa de tratamiento.
He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de _____. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique.
Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en _____ aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos del HONADOMANI San Bartolomé, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.
Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante _____, al igual que todos los medios técnicos de esta clínica disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

El/ la _____ es una técnica que consiste en _____ y se realiza _____ Se lleva a cabo con anestesia _____. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, enfermedades cardiopulmonares, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda ser importante. También es posible que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones del mismo, en función de los hallazgos, para proporcionar un tratamiento más adecuado. Su médico tratante puede considerar necesario realizar adicionalmente el siguiente procedimiento quirúrgico _____

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

- Doy mi consentimiento para que se me realice _____ y se me practiquen los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
- Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
- En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):
- El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida, mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.
- Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la _____ propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Médico que realizará el procedimiento: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

Hora:
Fecha:

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.

Asimismo, declaro que tengo conocimiento que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.

Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomé, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA ÍNDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):

De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo, Don (Doña) _____ identificado(a) con DNI N° _____
En mi calidad de paciente () Representante Legal del Paciente () en pleno uso de mis facultades mentales y con total conocimiento de los riesgos y peligros de no realizar el tratamiento propuesto por el (los) médico(s) tratante(s), declaro mi revocatoria a mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención quirúrgica eximiendo de toda responsabilidad de las consecuencias de dicha decisión personal a mi médico(s) tratante(s) y al hospital San Bartolomé, de acuerdo a lo establecido en el art. 4º de la ley 26842 Ley General de Salud.

Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUISTE DE BARTHOLINO

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre del paciente _____ H.C: _____ Edad: _____

B. DECLARACION DEL PACIENTE:

1. Se me ha explicado en forma clara y lenguaje sencillo llegando a comprender plenamente todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. Se me ha mencionado que requiero se me someta a marsupialización del Quiste de Bartholino como alternativa de tratamiento.

He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la marsupialización del Quiste de Bartholino. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas, sin embargo, soy consciente de que en cualquier momento puedo formular preguntas sobre alguna duda que se me presente en torno al procedimiento que he decidido se me practique. Se me ha informado además que si tengo factores de riesgo inherentes a mi persona y patologías previas o actuales, acepto que mi riesgo en la marsupialización del Quiste de Bartholino aumentará de manera general, por lo que declaro que todos los datos otorgados a los médicos de la Clínica Stella Maris, como antecedentes de mi salud, son exactos y sin omisión alguna.

Entiendo que el cirujano empleará todos los medios a su alcance buscando seguridad para mí durante la marsupialización del Quiste de Bartholino; al igual que todos los medios técnicos de este Hospital disponibles para intentar solucionar cualquier complicación. Sin embargo, soy consciente que no existen garantías absolutas de resultado con la operación y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su aplicación.

INFORMACIÓN GENERAL

La marsupialización del Quiste de Bartholino es un procedimiento que se realizará sobre la glándula de Bartholino derecha y/o izquierda consistente en abrir el quiste a nivel de la mucosa del introito vaginal, evacuarlo y unir la pared del quiste con el epitelio externo, mediante puntos entrecortados.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

Posibles riesgos:

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) y los específicos del procedimiento:

- a. Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis, etc.).
- b. Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- c. Cierre prematuro de la marsupialización.
- d. Recidiva.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

2. Doy consentimiento para que se me realice la marsupialización del Quiste de Bartholino y se me practique los procedimientos de monitoreo invasivo intraoperatorio necesarios (colocación de sondas, catéteres, canalización de línea arterial) durante la realización del acto quirúrgico, recibiendo explicación de las indicaciones, riesgos y potenciales complicaciones.
3. Doy mi consentimiento para la aplicación de terapia transfusional de los diferentes componentes si fuera necesario durante el procedimiento quirúrgico, habiendo recibido explicación de la indicación y riesgos inherentes a cada uno.
4. En cualquier caso deseo que se respete las siguientes condiciones (si no hay condiciones escríbase: ninguna):

5. El hospital San Bartolomé queda expresamente autorizado, en estos términos, a desplegar las conductas profesionales requeridas en caso de presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del cirujano, sea necesaria para preservar mi vida y mi integridad personal liberándose de cualquier responsabilidad civil o penal, como consecuencia de la correcta aplicación de la técnica médica mencionada y de todas aquellas medidas que sean necesarias para mejorar mi estado de salud y preservar mi vida.

6. Se me ha informado que puedo revocar este consentimiento aún después de haberlo firmado, e inclusive en cualquier momento antes de llevarse a cabo la administración de la anestesia; y que de no aceptar la marsupialización del Quiste de Bartholino propuesta en este documento, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución en otras circunstancias.



DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA - ABRAHAM LUDMIR GRIMBER
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUISTE DE BARTHOLINO

C. DECLARACIONES Y FIRMAS:

1. Ginecólogo que realizará la intervención quirúrgica: _____
He informado al paciente el propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alteraciones, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

Firma y sello del cirujano tratante y/o informante
C.M.P.

2. He sido informado por parte del cirujano del propósito y naturaleza de la intervención descrita arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan, dando finalmente mi consentimiento al procedimiento propuesto.
Asimismo, declaro que tengo concomitancia que la actividad médica es el ejercicio de una actividad riesgosa y de medios. Como tal, si se produjese un daño a consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor a consecuencia de la imprudencia propia del paciente o sus familiares, el médico informante y/o tratante y el hospital San Bartolomé se eximen de toda responsabilidad administrativa civil o Penal.
Finalmente declaro que la decisión tomada no obedece a ningún tipo de sugerencias por parte del médico informante y/o tratante, por cuanto lo EXONERO de todo tipo de responsabilidad por la decisión que tomó, señalando expresamente que la decisión que tomo es LIBRE VOLUNTARIA Y SIN COACCIÓN DE NINGUNA INDOLE.

Firma del paciente
Doc. Identidad:

Hora:
Fecha:

3. Tutor legal o familiar (incapaz de decidir legalmente o menor de 18 años):
De que la paciente _____ ha sido considerado incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica quirúrgica descrita arriba. El cirujano me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se administra y para qué sirve este acto quirúrgico; también me ha detallado sus riesgos y potenciales complicaciones.
He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de mismo.

Nombre y Firma del tutor legal o familiar
Doc. Identidad:

Nombre y Firma del Testigo
Doc. Identidad:
Parentesco:

Hora:
Fecha: