


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-50
	<b>CESAREA</b>	Rev. 03

Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO CAUSAL DE LA CIRUGIA \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende el nacimiento del feto por la forma que cause menos perjuicios a él y a la madre, es decir, se busca la máxima seguridad para ambos.

## EN QUE CONSISTE ESTA CIRUGIA

La cesárea es una intervención quirúrgica que se utiliza para finalizar un embarazo o parto cuando hay causas maternas, fetales u ovulares que desaconsejan el parto vaginal. Consiste en la apertura del útero y posterior extracción de su contenido. Para llegar al útero se ha de realizar una intervención quirúrgica que atraviesa diversas estructuras.

## CUALES SON LOS RIESGOS DE ESTA CIRUGIA

### Riesgos frecuentes

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización el uso de la cesárea puede presentar efectos indeseables derivados de que con ella se resuelve un parto como:

- Hemorragia, atonía uterina, endometritis.

Dado que es un procedimiento quirúrgico también puede producir complicaciones como:

Fiebre, infección de la herida, serosas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia o eventración posquirúrgica.

### Riesgos poco frecuentes

Ocasionalmente pueden presentar efectos más graves como el trastorno de la coagulación sanguínea (CID) e infección generalizada. Téngase presente que los riesgos son tanto más frecuente cuanto menor es su gravedad, lo que significa que cuadros como la CID (Coagulación Intravascular Diseminada) o la infección generalizada son muy raros.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Según los conceptos actuales de la Perinatología, este es el procedimiento menos lesivo y el que produce mejores resultados en la asistencia al parto, para los dos sujetos en él implicados. (Madre y RN)


No está exenta de unos riesgos razonables puesto que en ella se aúnan un parto (ya que de una modalidad de este se trata) y de una intervención quirúrgica.

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

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p style="font-weight: bold; margin: 0;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p style="margin: 0;">FL-CDM-50</p>
	<p style="font-weight: bold; margin: 0;">CESAREA</p>	<p style="margin: 0;">Rev. 03</p>

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

**DECLARO :**

Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **CESAREA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CESAREA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **CESAREA** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCAION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_