

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Esterilización Quirúrgica

FL-CDM-53

Rev. 02

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 DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

La finalidad de la misma es evitar la procreación de una forma permanente. Las posibilidades de la reoperabilización de las trompas en la actualidad no forman parte de la rutina diaria.

EN QUE CONSISTE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

La esterilización quirúrgica en la obstrucción ó extirpación de una parte ó toda la trompa de Falopio. Lo cual se realiza de forma bilateral. Se trata de una intervención en principio pensada como esterilización definitiva, aunque es posible en ocasiones la reversibilidad quirúrgica y, en todo caso, un futuro embarazo mediante fecundación in Vitro. Sin embargo, la probabilidad de que haya una gestación pese a haber sido la técnica empleada la correcta es de 1/200.

RIESGOS DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Riesgos frecuentes

Para una técnica de apertura abdominal, las complicaciones esperables son reducidas al menor grado al no ser extirpados órganos ni tejidos muy vascularizados. En cualquier caso, pueden aparecer con relativa frecuencia:

Náuseas, pequeñas hemorragias vaginales, dolor abdominal o molestias urinarias. También es posible que como consecuencia de los hallazgos operatorios, o por complicaciones, sea necesaria una aplicación del procedimiento original.

La recuperación suele ser muy rápida, pudiendo abandonar la hospitalización y realizar vida normal en unos días.

Riesgos poco frecuentes

Pueden aparecer otras complicaciones que, aunque menos frecuentes, revisten mayor gravedad, tales como: Hemorragias intrabdominales ó infecciones.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


Existen métodos alternativos no quirúrgicos, pero en su caso elige libremente la práctica de la esterilización 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="margin: 0;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p style="margin: 0;">Esterilización Quirúrgica</p>	<p style="margin: 0;">FL-CDM-53</p>
		<p style="margin: 0;">Rev. 02</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 **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA**.

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 **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA**. 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 _____

REVOCACION

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 _____