

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la internación del paciente para su intervención, tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances, características, beneficios y riesgos esperados del procedimiento, autorizo al/la Dr./Dra. \_\_\_\_\_ y a su equipo, a que se me brinde **asistencia en el parto**, el cual se llevará a cabo en esta institución.
- 2) Entiendo que el parto es un proceso natural en el que además de las características fisiológicas, entran en juego otros factores de no menos importancia, como son los psicológicos, afectivos y sociales. La asistencia del parto se atenderá teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos propios de un ente asistencial, tratando de hacerla compatible con el tipo de parto que la mujer desearía.
- 3) Me han informado que existe una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, habitualmente utilizados, como: Rotura de la bolsa amniótica o membranas ovulares, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto.
- 4) Se me ha explicado los riesgos y complicaciones propios de la práctica y del procedimiento, como son: riesgo de pérdida del bienestar fetal; prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica, que pone en grave peligro la vida fetal; infección materna fetal; trastornos hemorrágicos; lesiones y desgarros; dificultades en la extracción del feto; riesgo de tener que realizar una histerectomía post-parto. A su vez, he sido informada que al iniciarse el trabajo de parto pueden presentarse condiciones extraordinarias o especiales que obliguen a la realización de distintos procedimientos (cesárea, utilización de fórceps, episiotomía, etc.); como así también se me ha explicado que no es posible predecir la forma en que se producirá el nacimiento; excepto en aquellos casos en los que a criterio médico existan condiciones que a priori indiquen la conveniencia de realizar una cesárea. El hecho de indicar una cesárea se debe a que las circunstancias del parto o gestación impidan la realización de un parto vaginal o hagan presumir mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y/o el feto. Soy consciente que de negarme al/los procedimiento/s indicado/s por el médico (o retrasarlo injustificadamente), ello pondría en riesgo la salud, o incluso la vida, mía y/o de mi hijo por nacer.
- 5) Requiero **SI / NO** (tachar lo que no corresponda) al obstetra a solicitar los servicios de un **anestesista** para la realización del parto por vía vaginal. Asimismo, para el supuesto que resulte necesaria la participación del anestésista, doy mi consentimiento para la administración de anestesia, pudiendo el profesional actuante apelar a la que considere más conveniente para mi confort y/o beneficio. Se me ha explicado que se utilizarán técnicas anestésicas que no pongan en peligro la vitalidad fetal.
- 6) Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Obstetricia no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Obstetra me ha informado adecuadamente sobre los aspectos inherentes al seguimiento del embarazo y del trabajo de parto no es posible garantizar ningún resultado con respecto al desarrollo del nacimiento.
- 7) Me comprometo a cooperar con el Obstetra durante el período de seguimiento del embarazo y a cumplir la totalidad de las indicaciones y recomendaciones que se me realicen hasta que se me otorgue el alta médica definitiva. Asimismo, me comprometo a informar al Obstetra sobre cualquier cambio en la

evolución normal del embarazo de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

**8) En caso de no mediar complicaciones o circunstancias que a juicio médico no lo aconsejen, autorizo el ingreso a la sala de partos al/la Sr/Sra. \_\_\_\_\_**

**9) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que (Tachar lo que no corresponda: **SI / NO**) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.**

**10) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.**

**11) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.**

**12) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como haber informado cualquier alergia que tuviera ante alguna medicación.**

## **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

## **SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Represento en carácter de:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_