

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE CONTROL PRENATAL DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Nombre de Usuario: \_\_\_\_\_

En mi primera consulta de **Control Prenatal de Alto Riesgo Obstétrico**, en la ESE Hospital Regional de Duitama, el médico Ginecobstetra ha dedicado el tiempo necesario para brindarme la siguiente información, así como ha respondido mis dudas y las de mi acompañante de manera clara y sencilla, por lo cual declaro que entiendo:

Que se realizará la atención y consulta de alto riesgo obstétrico de mi actual proceso de gestación, entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusión en el diagnóstico o error en la selección del tratamiento que busca mi bienestar y el de mi hijo, sin que éstos resultados sean atribuibles a mi médico.

En todo proceso de gestación, puede ocurrir complicaciones NO previsibles, entre otras; aborto espontáneo, defectos físicos o mentales, parto pre-termino (bebé nacido antes de los 9 meses), toxemia (edema progresivo con aumento de la tensión arterial y daño progresivo de órganos), placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, accidentes del cordón umbilical, mal posición fetal, embolismo (porciones de líquido o sangre en el pulmón), ruptura uterina, toxemia complicada (hemorragias, convulsiones, problemas de coagulación) y muerte fetal o materna, y otras que son raras en el embarazo pero existiendo un riesgo de muerte materna y/o fetal derivado del proceso de gestación, o del proceso vital de cada paciente.

En mi caso particular, el ginecobstetra me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales: \_\_\_\_\_

Todos estos riesgos y complicaciones son **independientes** de la calidad del control médico.

Yo entiendo este acto médico y acepto los riesgos arriba explicados y entiendo que si no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante y/o no cumplo las citas de control y/o decido no realizar los exámenes diagnósticos y/o tratamientos ordenados, pueden presentarse eventos adversos, ajenas al actuar de mis médicos, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

N° DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PAREJA Y/O ACOMPAÑANTE \_\_\_\_\_

N° DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

CIUDAD Y FECHA: \_\_\_\_\_