

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y ATENCION DEL PARTO.-**

Yo.....DNI N°.....,he sido informada por el Dr/Dra:.....que él o algún miembro de su equipo de médicos y auxiliares, van a realizar el control y seguimiento de mi embarazo, explicándome también que cuando llegue el momento del parto, es probable que inicialmente **NO** sea atendido por él/ella, sino que podría ser otro Médico/a o una Obstétrica (Partera) de su equipo.

Me ha sido explicado y yo lo he entendido, cuál es el plan general de atención y seguimiento de mi embarazo, el cual me comprometo a cumplir estrictamente. Reconozco y acepto que dicho plan puede estar sujeto a modificaciones, conforme la evolución de mi embarazo. Se me ha dado la oportunidad, respecto de lo que se me explicó, de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas y explicadas, y yo las he entendido satisfactoriamente. Asimismo los siguientes aspectos me han sido puntualmente explicados:

- Se me explicó que el control médico será mensual durante los primeros .....(....) meses del embarazo. Luego se realizarán controles quincenales, o aún semanales si fuera necesario y hasta el momento en que comience el trabajo de parto. Si yo no concurre al control mensual o al que se me indique me explicó que esto podría ser perjudicial tanto para mi salud cuanto para la del bebé, y que en consecuencia mi inasistencia será registrada en mi Ficha Clínica.
- Se me indicará casi seguramente la realización de una rutina completa de laboratorio en el 1º trimestre y otra de control en el 7º, 8º y 9º mes, en la que se incluirán los análisis propios del riesgo quirúrgico.
- Se me solicitará la realización de algunas ecografías de control para evaluar el crecimiento fetal y la normalidad placentaria.
- Si fuera necesario, me podrán ser realizados Monitoreos Fetales a partir de la semana .....del embarazo, y será el profesional interviniente quien decidirá la conveniencia de su realización.
- Reconozco que he recibido información completa sobre medidas higiénico-dietéticas a seguir; particularmente en lo referente al control de mi peso y de mi tensión arterial (control de mi presión); así como la influencia en el embarazo y momento del parto de otros factores de riesgo como el uso y abuso de tabaco (cigarrillos), alcohol, drogas, actividades físicas, y.....  
Para cuando comience el trabajo de parto, se me han proporcionado los teléfonos en los que podré solicitar la asistencia profesional, los cuales son:.....  
Se me ha comunicado, que de resultar posible y no mediar complicaciones, se permitirá el acceso de mi cónyuge/ pareja/ concubino, padre/ madre, Sr.....a la sala de partos y/o quirófano; si así fuera solicitado.

He sido informada y yo lo he entendido, que al iniciarse el trabajo de parto pueden presentarse alternativas que obliguen al Dr.....y/o los médicos de su equipo a la realización de distintos procedimientos (cesárea, fórceps,.....); y que no es posible predecir la forma o el método médico con el que se producirá el nacimiento, excepto en aquellos casos en los que exista indicación precisa de realizar una cesárea electiva.

También me fue explicado y yo lo he entendido que en el momento del parto el obstetra deba solicitar los servicios de un anestesta para la realización del parto. Asimismo, y para el supuesto que resulte realmente necesario, doy mi consentimiento para la administración de anestesia aplicada por un anestesta y a que se usen dichas anestestas como él crea conveniente para mi confort y beneficio. Se me ha explicado que se utilizarán técnicas anestésicas que no pongan en peligro la vitalidad fetal y yo he entendido por haberme sido explicado cuáles son los riesgos, los beneficios y las alternativas que poseen los distintos tipos de anestesia, que son los siguientes.....

De todos ellos yo he preferido la anestesia.....  
y el Médico Obstetra me explicó y yo le entendí que llegado el momento necesario se verá si desde el punto de vista médico es factible aceptar mi preferencia, y que el Anestesiólogo me habrá de explicar.

Reconozco, por haberme sido explicado y yo haberlo entendido, que durante el curso del trabajo de parto, condiciones imprevistas pueden presentar situaciones extras o diferentes a las que me fueron explicadas durante esta entrevista, por lo tanto, autorizo y requiero que el Obstetra de Dr/Dra.....y/o algún miembro de su equipo, o quien él designe en ése

momento, realice las intervenciones, procedimientos o estudios que se consideren necesarios y deseables a juicio profesional; incluyendo procedimientos tales como estudios anatomopatológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. Asimismo, también autorizo a que el Obstetra de Guardia del SSL o quien él designe en ése momento, realice mis curaciones y los controles necesarios en el periodo del puerperio y hasta que me sea otorgada el alta obstétrica.

Soy consciente que la práctica de la Medicina y de la Obstetricia no se corresponde con la de 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, y yo lo he entendido, no es posible garantizar ningún resultado con respecto al desarrollo del nacimiento y/o la vitalidad del bebé tanto antes cuanto después del nacimiento.

Me comprometo a cooperar con el Obstetra durante el periodo de seguimiento y control 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 que generalmente será varios días después que me retire del SSL. Asimismo, me comprometo a informar al Obstetra sobre cualquier cambio en la evolución normal del embarazo de acuerdo con las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes médicos generales, ginecológicos, obstétricos y de inmunizaciones, prevención y/o profilaxis. Manifiesto asimismo por haber sido interrogada al respecto, ser alérgica a:.....

He escuchado atentamente toda esta información, que me fue brindada por el Dr./Dra.....y lo he entendido totalmente, en consecuencia, lo/ la autorizo a realizarme el seguimiento y control del embarazo, así como la atención del parto en la forma explicada.

**UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO ME ES ENTREGADA EN ESTE ACTO, PARA MI CONTROL Y PARA RECORDAR LOS QUE ME FUE EXPLICADO.**

En San Isidro , a.....de.....de 2.....

**Firma de la paciente:**.....

**Aclaración :**.....

**DNI,Nº**.....

**Firma del Médico:**.....

**Sello:**.....

**SI LA PACIENTE ES UNA MENOR COMPLETAR:**

La paciente es una menor de..... años de edad y yo /nosotros el/ los firmante /s soy/ somos el /los padre/ s, tutor /es o encargado /s de la paciente, y por la presente autorizo /autorizamos el seguimiento del embarazo y la atención del nacimiento.

**Firma:**.....

**Aclaración:**.....

**DNI, Nº**.....

**Parentesco:**.....