

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA DE CERVIX
Página 15 de 37	08

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Lugar y fecha)

(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) _____
me realice cirugía de cérvix por presentar cambios en la citología que necesiten aclarar y/o por
presentar cambios en la biopsia de cérvix que necesiten tratamiento.

En mi caso particular el médico me ha dicho que va a realizarme:

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la exploración del cérvix con un aparato de aumento llamado colposcopio. Según los hallazgos se hará extirpación de las estructuras que estén afectadas por medio de la toma de biopsia o resección de una porción redondeada del cérvix en forma de cono (conización). Dependiendo del criterio médico, también se pueden hacer cauterizaciones que consisten en una destrucción de la superficie del cérvix ya sea con sustancias químicas o con frío (criocauterío).

Esta cirugía no garantiza la total identificación y/o desaparición de mi problema, ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos tales como: sangrado o hemorragias, con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria) que requieran para su control taponamientos vaginales por algún tiempo y/o cirugías para contener la hemorragia, infecciones con posible evolución febril, reacciones alérgicas, mala cicatrización (estenosis o estrechez o al contrario dilatación permanente, lo que puede producir problemas para un futuro embarazo), perforaciones involuntarias de órganos vecinos como vejiga, intestino, colon, vasos sanguíneos, fistulas urinarias o intestinales, persistencia del problema, reaparición del problema en el mismo o sitio o en otras partes. La posibilidad de complicaciones severas como histerectomía, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA DE CERVIX
Página 16 de 37	08

Entiendo que el material que se saque se someterá a estudio anatomopatológico posterior en el laboratorio de patología de: _____ , siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA DE CÉRVIX.

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____