

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CERCLAJE
Página 29 de 37	15

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

(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) _____
y el ayudante que él (ella) designe, me realicen CERCLAJE para tratar de prevenir un aborto.

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en la colocación de unos puntos de sutura alrededor del cuello uterino, tratando de cerrarlo para que el bebé permanezca adentro y evitar que se produzca un aborto.

Esta cirugía no garantiza el nacimiento de un bebé de término o completamente sano, se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta. Entiendo que todo lo que harán será colocar los puntos muy cuidadosamente haciendo lo mejor tanto para la madre como para el feto, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

He sido informada y entiendo que como en toda cirugía y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones de un cerclaje: contracciones uterinas, sangrado, infecciones, desgarros del cuello uterino, ruptura de la bolsa amniótica con pérdida fetal y parto prematuro. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como: pelvi peritonitis, ruptura uterina, hemorragia, trombosis o muerte que aunque son poco frecuentes representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Entiendo que para este procedimiento se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, 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

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CERCLAJE
Página 30 de 37	15

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 CERCLAJE.

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____