

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA COMO TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD
Página <b>36</b> de <b>37</b>	19

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Lugar y fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) \_\_\_\_\_  
como cirujano(a) y el ayudante que él (ella) designe, me realicen CIRUGIA COMO  
TRATAMIENTO PARA INFERTILIDAD por presentar:

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la adecuación de los órganos pélvicos para concebir un embarazo, lo cual puede realizarse por: laparoscopia, histeroscopia, microlaparotomía (pequeña herida), o comúnmente vía abdominal (herida en la cara anterior del abdomen), utilizando a veces instrumentos ópticos de aumento (lupas, microscopios, etc.). Este procedimiento depende de mi problema en particular pero frecuentemente consiste en liberar adherencias o abrir la terminación de la trompa, para procurar la permeabilidad de las trompas de Falopio. A veces es necesario la nueva unión de las trompas con sutura muy fina bajo visión microscópica (reanastomosis).

Esta cirugía no garantiza el lograr el embarazo, ni evita la posibilidad de que aparezcan nuevas adherencias o se obstruyan nuevamente las trompas en el futuro. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, por lo que mi médico debe todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar las posibilidades que tengo de lograr un embarazo.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como: \_\_\_\_\_  
los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica 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 más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), apraxia (cambios en la sensibilidad de la piel), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, heridas involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga, intestino u otros órganos, dolor pélvico, reaparición de adherencias, hidrosalpunx, reobstrucción de

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA COMO TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD
Página <b>37</b> de <b>37</b>	19

las trompas, fistulas, eventración (hernias en la cicatriz) o ruptura de embarazo ectópico. También se me informa la posibilidad de complicaciones como pelviperitonitis, choque hemorrágico, trombosis, 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 esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que si es necesario extraer algún tejido, se someterá a estudio anatomopatológico posterior en:

---

siendo mi deber reclamar el resultado e informarlo al médico.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA PARA INFERTILIDAD.

Paciente

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_