

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	OCLUSIÓN TUBARIA
Página <b>19</b> de <b>37</b>	10

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 cirugía DE OCLUSIÓN TUBÁRICA con el objeto de impedir un nuevo embarazo.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio, la cual puede realizarse por laparoscopia, microlaparotomía (pequeña apertura en la pared abdominal anterior), vaginal o durante una cesárea. Existe una muy pequeña posibilidad de embarazarme después de que la cirugía haya sido realizada. 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, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

También entiendo que existen otros tipos de contracepción (métodos de evitar embarazo) que son temporales y reversibles tales como: métodos hormonales (píldoras anticonceptivas, inyecciones, norplant), dispositivos intrauterinos, métodos de barrera y naturales, los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico irreversible. Entiendo claramente que esta operación me dejará con una permanente incapacidad para tener hijos y acepto la infertilidad producida por ella.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones como: 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), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (infra o posoperatoria), infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, cambios en la sensibilidad de la piel, heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos, dolor pélvico, adherencias, eventración (hernias en la cicatriz), hidrosalpinx (acumulación de líquido en las trompas seccionadas) o embarazo ectópico. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, trombosis o hemorragia severa con choque 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

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	OCLUSIÓN TUBARIA
Página <b>20</b> de <b>37</b>	10

adicionales:

---

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

He entendido las condiciones y los 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 DE OCLUSIÓN TUBÁRICA.

Paciente

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_