

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	INDUCCIÓN DE OVULACIÓN
Página 5 de 37	03

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

(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) _____
como medico tratante y los asistentes que él (ella) designe, me realicen INDUCCIÓN DE
OVULACIÓN con el propósito de conseguir quedar embarazada.

Entiendo que este tratamiento consiste en la administración de diferentes medicamentos bajo supervisión médica (ecográfica y/o controles sanguíneos hormonales) con el fin de lograr que mis ovarios ovulen y se pueda producir la fecundación, para iniciar un nuevo embarazo. Entiendo además que posiblemente serán necesarios varios meses de tratamiento con cambios y ajustes de los medicamentos.

Entiendo que este tratamiento no garantiza el lograr un embarazo, pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que por lo tanto no se puede garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico, debiendo el personal asignando colocar todo su conocimiento y pericia para obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como:

los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método médico.

Entiendo que como en todos los tratamientos médicos pueden aparecer complicaciones tales como: embarazo múltiple, hiperestimulación ovárica moderada, torsión de los ovarios o roturas de quistes foliculares, los cuales necesitarán resecciones parciales y muy raramente extracción total del ovario. La posibilidad de complicaciones severas como hiperestimulación ovárica severa con descompensación generalizada y muerte son raras, pero como en toda situación vital, existe un riesgo excepcional de morir derivado del tratamiento médico aquí indicado o de la situación vital de cada paciente.

Entiendo también que los hijos concebidos por este método, como lo normal de la población humana, tienen la posibilidad de nacer con defectos físicos o mentales y que la ocurrencia de estos defectos es independiente del control médico, por consiguiente asumo la responsabilidad por las características físicas y mentales de los hijos que nazcan como resultado de este tratamiento. Entiendo también

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	INDUCCIÓN DE OVULACIÓN
Página 6 de 37	03

que mi embarazo tendrá los riesgos de la población general en la cual aproximadamente el 20% termina en aborto y otras complicaciones obstétricas como: parto prematuro, toxemia, ruptura de membranas, etc.

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

Manifiesto que 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. Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos del tratamiento que se me va a practicar, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento médico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice INDUCCIÓN DE OVULACIÓN.

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____