

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Institución y establecimiento |  |
| Documento                     | Carta de Consentimiento bajo información |
| Acto autorizado               | CESÁREA                                  |
| Página <b>31</b> de <b>37</b> | 16                                       |

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 CESÁREA, por indicación  
médica.

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por una apertura  
quirúrgica en la pared anterior de mi abdomen y que su justificación es debida a que en las  
circunstancias actuales de mi embarazo consistentes en:

\_\_\_\_\_  
hacen presumir un mayor riesgo, para mi y/o para mi bebé, durante un parto vaginal.

Se me ha explicado que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no  
ser la medicina una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia  
para buscar obtener el mejor resultado.

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 de la cesárea: infecciones (urinarias, uterinas, pélvicas, abdominales, de la herida, etc.),  
hipotonía uterina (no contracción del útero) y hemorragias con la posible necesidad de transfusión  
sanguínea intra o posoperatoria, seromas (acumulación de líquido en la herida), hematomas  
(moretones). Existen otras complicaciones de menor frecuencia que requieren otras cirugías inmediatas  
(histerectomía o laparotomía), o posteriores tales como: eventraciones (hernias), adherencias,  
dehiscencia de las suturas y otras. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas  
como pelvi peritonitis, ruptura uterina en los siguientes embarazos, trombosis o muerte que, aunque  
son poco frecuentes representan, como en toda intervención quirúrgica, un riesgo excepcional de  
morir 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:

\_\_\_\_\_

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Institución y establecimiento |  |
| Documento                     | Carta de Consentimiento bajo información |
| Acto autorizado               | CESÁREA                                  |
| Página <b>32</b> de <b>37</b> | 16                                       |

Entiendo que para esta cirugía se requiere de anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anesthesiólogo (a). Se me informa la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mi recién nacido, quien ejercerá un acto médico independiente al cirujano obstetra.

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. 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 de ella, 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 en que se me realice OPERACIÓN CESÁREA.

Paciente

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_