



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESAREA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

(Nombre) _____

En forma voluntaria, **consiento** en que el (la) Doctor (a) _____, como cirujano (a), y el ayudante que él (ella) designe, me realicen Operación **CESAREA**, por indicación médica.

Entiendo que el procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por una apertura quirúrgica de mi útero o matriz a través de 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 postoperatoria, seromas (acumulación de líquido en la herida), hematomas (moretones). Existen otras complicaciones de menor frecuencia que requieren otras cirugías inmediatas como Histerectomía (extracción del útero); Laparotomía o posteriores tales como: eventraciones (hernias) adherencias, dehiscencia de las suturas y otras. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis, ruptura uterina en los siguientes embarazos, trombosis (coágulos que viajan por la sangre) 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:

Entiendo que para esta cirugía se requiere de Anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesiología y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) Anestesiólogo (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 este procedimiento quirúrgico, que aquí autorizo. En tales condiciones consiento en que se me realice OPERACIÓN CESAREA.

Firma de la paciente
CC. #

Firma del esposo, Compañero
C.C. #

Ciudad y Fecha: _____