



COLOCAR LA ETIQUETA DEL PACIENTE

O

Nombre del paciente _____

Nombre del cirujano _____

N.º de exp. médico/Fecha de nac. _____

**Consentimiento para procedimiento/operación
Versión cefálica externa**

Yo, _____, por la presente, autorizo a mi
(Nombre del paciente o del tutor legal)

médico _____ junto
(Nombre del médico, dentista o cirujano a cargo)

con los asistentes que designe, así como otras personas que deban participar en el procedimiento/operación, que tal vez no se conozcan en este momento, pero incluyen las personas mencionadas en la página 2, a realizar el siguiente procedimiento/operación:

Versión cefálica externa: girar al bebé a la posición de cabeza usando las manos sobre el vientre de la madre.

(Nombre del procedimiento/la operación y descripción breve)

Los nombres y los cargos de los profesionales que participarán en el procedimiento/la operación se registrarán en el expediente médico. Comprendo que puedo solicitar una copia de mi expediente médico.

También autorizo cualquier operación o procedimiento adicional según se considere necesario con base en los hallazgos que se hagan durante el transcurso de dicho(a) procedimiento/operación. Boston Medical Center puede disponer de cualquier tejido o partes que se extraigan quirúrgicamente, de acuerdo con sus prácticas usuales.

Me han explicado la naturaleza, extensión y el propósito de la operación, los métodos alternativos de tratamiento posibles (incluso no elegir ningún tratamiento), los riesgos que el procedimiento implica y la posibilidad de que surjan complicaciones. Comprendo que existe la posibilidad de que ocurran riesgos o complicaciones mayores del procedimiento, que incluyen entre otros:

fracaso del intento de colocar al bebé de cabeza; presión sobre el útero que puede causar el rompimiento de la fuente o el desprendimiento de la placenta. En ambos casos podría necesitarse una cesárea emergente.

Reconozco que no se me ha brindado garantía alguna respecto de los resultados de este(a) procedimiento/operación.

Comprendo que es posible que mi médico deba retirarse de la sala de operaciones durante mi procedimiento/operación. Mi médico/cirujano me explicó todo lo necesario y respondió a todas mis preguntas en relación con las posibles ausencias.

Comprendo que este(a) procedimiento/operación puede tener valor educativo o científico. Si se realizan filmaciones clínicas (obtención de grabaciones por medio de fotografías, video, medios electrónicos o medios de audio), mi médico clínico deberá informarme con anticipación respecto del uso y el propósito de dicha filmación, siempre que sea posible. Comprendo que tengo derecho a no aceptar que se realicen dichas filmaciones clínicas.

Doy consentimiento para la administración (transfusión) de sangre o hemoderivados durante el procedimiento/la operación o en el período posoperatorio inmediato, si fuera indicado. Soy consciente de que estos métodos tienen riesgos asociados, incluidos, entre otros, los siguientes: fiebre y reacciones alérgicas; transmisión de enfermedades, tales como hepatitis, VIH/sida y citomegalovirus y sobrecarga de líquidos.

Si se niega a recibir la transfusión de sangre o hemoderivados, tenga en cuenta lo siguiente: Mi médico/cirujano me explicó los riesgos de negarme a la transfusión de sangre o de hemoderivados si se consideran necesarios durante el procedimiento/la operación propuesto(a). Comprendo que, si me niego a aceptar una transfusión de sangre durante o inmediatamente después de este/a procedimiento/operación en caso de ser necesario, podría sufrir un mayor riesgo a sufrir complicaciones o consecuencias catastróficas que incluyen, entre otras, las siguientes: daño cerebral, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal (diálisis), intubación prolongada, una discapacidad permanente y la muerte. Sin embargo, me niego a autorizar una transfusión de sangre o hemoderivados.

Iniciales del paciente: _____

Comprendo que, posiblemente, haya profesionales de la industria de la atención médica (representantes técnicos de compañías de equipos y dispositivos médicos) presentes durante este/a procedimiento/operación con fines consultivos solo en relación con un producto.

**Consentimiento para procedimiento/operación
Versión cefálica externa**

Si se utiliza sedación durante este(a) procedimiento/operación para controlar mi dolor, comprendo que este método de control del dolor tiene riesgos. Dichos riesgos incluyen, entre otros: hipotensión arterial, que podría requerir líquidos o medicamentos por vía intravenosa, y dificultades respiratorias, que podrían requerir soporte respiratorio. Los efectos secundarios más comunes de la sedación son las náuseas y los vómitos. En casos poco comunes, puede haber reacciones alérgicas o paro cardíaco (el corazón deja de latir). Comprendo que puedo sentir dolor incluso después de que se me aplique la sedación.

Certifico que he leído y comprendo el consentimiento anterior en su totalidad, que me han dado todas las explicaciones necesarias y que el médico/cirujano ha contestado todas mis preguntas. Autorizo este/a procedimiento/operación.

DEBE REGISTRAR FECHA/HORA

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Iniciales

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Padre o madre/tutor legal/sustituto (si corresponde)

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Proveedor/médico/cirujano

Interpreté la explicación del proveedor. (El intérprete debe firmar a continuación, si corresponde)

Firma: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____ Hora: _____

				DÍA ACTUALIZADO DEL PROCEDIMIENTO/ DE LA OPERACIÓN, SI CORRESPONDE		
	Participante	Nombre	Año	Iniciales del paciente	Fecha	Hora
<input type="checkbox"/>	Becario/a investigador/a					
<input type="checkbox"/>	Residente					
<input type="checkbox"/>	Auxiliar médico Enfermero certificado					
<input type="checkbox"/>	Enfermero en obstetricia					
<input type="checkbox"/>	Especialista certificado					
<input type="checkbox"/>	Otros					

				DÍA ACTUALIZADO DEL PROCEDIMIENTO/ DE LA OPERACIÓN, SI CORRESPONDE		
	Participante	Nombre	Año	Iniciales del paciente	Fecha	Hora
<input type="checkbox"/>	Becario/a investigador/a					
<input type="checkbox"/>	Residente					
<input type="checkbox"/>	Auxiliar médico Enfermero certificado					
<input type="checkbox"/>	Enfermero en obstetricia					
<input type="checkbox"/>	Especialista certificado					
<input type="checkbox"/>	Otros					