



1000546

COLOCAR LA ETIQUETA DEL PACIENTE

O

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Nombre del cirujano \_\_\_\_\_

N.º de exp. médico/Fecha de nac. \_\_\_\_\_

## Consentimiento para procedimiento/operación Consentimiento para Ensayo de trabajo de parto luego de una cesárea (TOLAC)

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:

Consentimiento para Ensayo de trabajo de parto luego de una cesárea (TOLAC), episiotomía, uso de fórceps o ventosas, cesárea emergente y cuidado emergente del bebé luego del parto, que incluye: la reanimación, la intubación y la transfusión de sangre; gestión del trabajo de parto, parto vaginal, incisión en el orificio vaginal, parto asistido por instrumentos, cuidado del bebé, que incluye la inserción en latrúquea de un tubo para respirar, la colocación de catéteres en el cordón umbilical y el suministro de sangre al bebé.

(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:

infección, sangrado, daños en la vagina, los intestinos, la vejiga, los uréteres, o el útero, transfusión de sangre, posible lesión al bebé, posible histerectomía (extirpación del útero). En específico, hay un mayor riesgo de ruptura uterina, sumado al riesgo de que la madre presente sangrado y necesite una transfusión de sangre o una histerectomía (extirpación del útero) con peligro para la vida. Además, existe un mayor riesgo de muerte o lesión cerebral del feto. Los riesgos para el bebé incluyen daños en la garganta o la tráquea, coagulación alrededor del catéter, sangrado y septicemia.

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

### Consentimiento para Ensayo de trabajo de parto luego de una cesárea (TOLAC)

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

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