



AFFIX PATIENT LABEL

or

Patient Name _____

Surgeon Name _____

MRN/DOB _____

**Consent To Procedure/Operation
Labor, Augmentation, and
Induction of Labor Management**

Yo, _____, por el presente, autorizo
(nombre del paciente o tutor legal)

a mi proveedor _____, junto
(nombre del médico, partera, 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:

Manejo del trabajo de parto, aceleración, inducción, administración de medicamentos, incluyendo misoprostol y oxitocina, episiotomía, parto con fórceps o con ventosa, cesárea de emergencia y cuidados de emergencia al bebé después del parto, lo que incluye: reanimación, intubación y transfusión de sangre; estimulación del trabajo de parto, parto vaginal, corte de la abertura vaginal, parto asistido por instrumentos, cuidados del bebé, lo que incluye la colocación de un tubo de respiración en la tráquea, la colocación de catéteres en el cordón umbilical y la administración de sangre al bebé.

(Nombre del procedimiento/operación y breve descripción)

Los nombres y cargos de estas personas que participan en el procedimiento/operación se registrarán en el expediente médico. Comprendo que puedo solicitar una copia de mi expediente médico.

También autorizo cualquier operación o procedimiento adicional que se considere necesario sobre la base de los hallazgos durante el curso de dicho procedimiento/operación. Cualquier tejido o parte extirpada quirúrgicamente puede ser eliminada por Boston Medical Center de acuerdo con la práctica habitual.

Se me ha explicado detalladamente la naturaleza, el alcance y la finalidad de la operación, los posibles métodos o tratamientos alternativos (incluida la posibilidad de no elegir ningún tratamiento), los riesgos que conlleva y la posibilidad de complicaciones. Comprendo que existe la posibilidad de que se produzcan riesgos o complicaciones importantes en el procedimiento, como por ejemplo:

Los riesgos para la paciente incluyen demasiadas contracciones, contracciones demasiado fuertes, que el feto no tolere las contracciones, riesgo de cesárea, infección, hemorragia, daños en la vagina, el intestino, la vejiga, el útero, transfusión de sangre, posibles lesiones al bebé, posible histerectomía (extirpación del útero), muerte. Los riesgos para el bebé incluyen daños en la garganta o la tráquea, coagulación alrededor del catéter, hemorragia e infección de la sangre.

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

Comprendo que mi médico puede necesitar salir del quirófano durante mi procedimiento/operación. Mi médico/cirujano me ha explicado y respondido a todas mis preguntas sobre las posibles ausencias.

Comprendo que este procedimiento/operación puede tener valor educativo o científico. Si se va a realizar una filmación clínica (grabación mediante fotografía, vídeo, medios electrónicos o de audio), debo ser informada de antemano por mi médico sobre el uso y la finalidad de la filmación clínica antes de la misma, siempre que sea posible. Comprendo que tengo derecho a rechazar cualquier filmación clínica.

Doy mi consentimiento para la administración (transfusión) de sangre o productos sanguíneos durante este procedimiento/operación o en el período postoperatorio inmediato, si estuvieran indicados. Soy consciente de que esto conlleva riesgos adicionales, entre los que se incluyen: fiebre y reacciones alérgicas, transmisión de enfermedades como la hepatitis, el VIH/SIDA y el citomegalovirus, y sobrecarga de líquidos.



Consent To Procedure/Operation Labor, Augmentation, and Induction of Labor Management

Si rechaza el uso de sangre o productos sanguíneos: Los riesgos de rechazar la transfusión de sangre o productos sanguíneos, si se consideran necesarios durante el procedimiento/operación propuesto, me fueron explicados por mi médico/cirujano. Comprendo que mi negativa a aceptar una transfusión de sangre, en caso de que sea necesaria durante o inmediatamente después de este procedimiento/operación, puede exponerme a mayor riesgo de complicaciones o consecuencias graves, entre ellas: daños cerebrales, infarto de miocardio, derrame cerebral, insuficiencia renal (diálisis), intubación prolongada, discapacidad permanente y muerte. No obstante, rechazo la transfusión de sangre o productos sanguíneos.

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.

Si se utiliza la sedación durante este procedimiento/operación para controlar mi dolor, comprendo que este método de control del dolor tiene riesgos. Estos riesgos incluyen, entre otros, la disminución de la presión arterial, que puede requerir líquidos y/o medicamentos intravenosos, y la dificultad para respirar, que puede requerir apoyo respiratorio. Los efectos secundarios más comunes de la sedación son las náuseas y los vómitos. En raras ocasiones, pueden producirse reacciones alérgicas o un paro cardíaco (detención del corazón). Comprendo que puedo tener dolor, incluso después de recibir 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. Doy mi consentimiento para este procedimiento/operación.

MUST RECORD DATE/TIME

Sign Name: _____ Print Name: _____ Date: _____ Time: _____
Patient

Sign Name: _____ Print Name: _____ Date: _____ Time: _____
Parent/Guardian Surrogate (if applicable)

Sign Name: _____ Print Name: _____ Date: _____ Time: _____
Provider/Physician/Surgeon

I interpreted the provider's explanation. (Interpreter must sign below, if applicable)

Sign Name: _____ Print Name: _____ Date: _____ Time: _____



**Consent To Procedure/Operation
Labor, Augmentation, and
Induction of Labor Management**

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					

				UPDATED DAY OF PROCEDURE/ OPERATION, IF APPLICABLE		
	Participant	Name	Year	Patient Initials	Date	Time
<input type="checkbox"/>	Fellow					
<input type="checkbox"/>	Resident					
<input type="checkbox"/>	Physician Assistant					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Midwife					
<input type="checkbox"/>	Certified Nurse Practitioner					
<input type="checkbox"/>	Other					