

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ESTERILIZACION QUIRURGICA

Dentro de las normas exigidas al profesional médico en Venezuela por la Ley de Ejercicio de la Medicina y la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Abril 23 de 2007, Artículo 52 y otros relacionados, el suscrito Especialista se encuentra en el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

La paciente _____ de ____ años
C.I.Nº _____ natural de (ciudad, país) _____

Y/o el señor/señora _____
C.I.Nº: _____ natural de (ciudad, país) _____

En calidad de representante legal, familiar o allegado,

DECLARAN:

Que el doctor: RICARDO GOMEZ BETANCOURT identificado con la CIV.-6970277, códigos MSDS 41861, Colegio de Médicos del Distrito Federal 16684, Especialista debidamente certificado en Ginecología y Obstetricia nos ha explicado y suministrado la siguiente información sobre la Esterilización Quirúrgica Irreversible:

1. La intervención de ligadura de trompas (esterilización quirúrgica) consiste básicamente en la interrupción definitiva de la continuidad de las trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.
2. Puede ser realizada por vía abdominal (laparotomía o minilaparotomía), por laparoscopia o, inusualmente, por vía vaginal. Además, puede ser realizada asociada o no a otro tipo de cirugía obstétrico-ginecológica, la más frecuente acompañando a una cesárea. En mi caso concreto se realizará por vía: _____
3. Aun siendo este método uno de los más efectivos en el ámbito de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0.5-1% de fallas en los que se produce un nuevo embarazo aun en presencia de una adecuada técnica quirúrgica.
4. Existen otros métodos de planificación familiar REVERSIBLES: condón, hormonales, dispositivo intrauterino y entiendo que éste método es IRREVERSIBLE.
6. Esta técnica requiere anestesia, que será valorada y realizada por el servicio de anestesia.
7. Como en toda intervención médica, existe un riesgo de complicaciones imprevistas e impredecibles durante o posteriores a la intervención, con riesgo de muerte o del compromiso de mi estado de salud, y que pueden ser derivadas del acto quirúrgico, de la anestesia o por la situación vital de cada paciente: mayores de 40 años, hipertensión arterial, diabetes, asma, alergias, obesidad, malnutrición, anemia, enfermedades cardíacas, pulmonares, neurológicas, hematológicas o enfermedades varicosas. Por lo tanto, por mi situación actual de: _____ entiendo que tengo una mayor probabilidad de presentar estas complicaciones. Existe un porcentaje de pacientes que manifestarán trastornos e irregularidad menstrual consecuencia de la alteración anatómica ocasionada por el procedimiento
8. En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones: *Intraoperatorias*: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos. *Posoperatorias*: hematomas superficiales sobre la cicatriz o intraabdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias posquirúrgicas con dolor pélvico crónico, eventración (abertura de pared abdominal).
9. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá realizar tratamientos adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano.

Escriba SÍ o NO en los espacios en blanco:

Se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo _____

El doctor me ha permitido realizar todas las observaciones y preguntas al respecto _____.

También comprendo que, en cualquier momento, puedo revocar este consentimiento y eximir al doctor de mi atención.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos explicados.

En tales condiciones

ACEPTO

Que el doctor RICARDO GOMEZ BETANCOURT me realice una ESTERILIZACION QUIRURGICA IRREVERSIBLE.

Firma paciente _____

Firma testigo. _____

Firma médico _____

En Caracas a los ____ días del mes de _____ de 20__