



Affix Patient Label

Nombre de la paciente:

Fecha de nac:

Esta información se le proporciona para que usted pueda tomar una decisión informada para decidir si realizarse una Cesárea.

Razón y propósito del procedimiento:

- Una cesárea es una cirugía para dar a luz a su bebé. El bebé se retira a través de una incisión (corte) en su abdomen (panza).
- Una cesárea se puede planificar con antelación o se puede realizar con poco aviso.

Se le recomendó una cesárea por la siguiente razón:

Razones médicas: _____

Beneficios de esta cirugía:

Usted puede recibir los siguientes beneficios. Su médico no puede prometerle que recibirá alguno de estos beneficios. Solo usted puede decidir si los beneficios valen la pena el riesgo.

- Evite riesgos o complicaciones durante el parto
- Una cesárea repetida se puede planear con anticipación
- Si usted tiene una infección la cesárea puede disminuir las probabilidades de que la infección sea transmitida a sus bebe
- Parto del bebe

Riesgos de la cirugía:

Ningún procedimiento está totalmente libre de riesgos. Algunos riesgos son bien conocidos. Puede haber riesgos no incluidos en la lista que su médico no pueda anticipar.

Riesgos generales de la cirugía:

- Zonas pequeñas de los pulmones podrían colapsarse. Esto aumentaría el riesgo de infección. Esto podría requerir tratamientos con antibióticos y de respiración.
- Se podrían formar coágulos en las piernas, que producen dolor e hinchazón. Se llaman trombosis venosa profunda o DVT por sus siglas en inglés. Con muy poca frecuencia, parte del coágulo podría desprenderse y dirigirse a los pulmones. Esto puede ser mortal.
- Podría ocurrir una sobrecarga en el corazón o una apoplejía.
- Podría producirse sangrado. Si el sangrado es excesivo podría necesitar una transfusión.
- Podría ocurrir una reacción a los anestésicos. Las reacciones más comunes son náuseas y vómitos. En casos muy poco frecuentes podría ocurrir la muerte. El anestesista hablará con usted sobre esto.

Riesgos de esta cirugía:

- Infección en la incisión de la piel. Esto se trata con antibióticos. Rara vez la incisión se puede abrir y necesitará otra cirugía.
- Infección del útero. Esto se trata con antibióticos. Rara vez esto requerirá cirugía.
- Lesión de vejiga y/o intestinos. Esto puede necesitar cirugía.
- Los daños en la uretra (el tubo pequeño por donde pasa la orina desde los riñones hasta la vejiga). Esto puede necesitar cirugía.



Affix Patient Label

Nombre de la paciente:

Fecha de nac:

- A veces, después de una cesárea, en un embarazo futuro, la placenta puede crecer sobre la cicatriz antigua. Esto aumenta el riesgo de sangrado y parto prematuro en ese embarazo.
- Cortar al bebé durante la incisión en el útero. Esto puede requerir que se realice una reconstrucción a su bebé.
- Una adherencia (tejido cicatricial interno) puede causar dolor pélvico o infertilidad. Esto es infrecuente.
- Se puede necesitar una histerectomía (extirpación del útero). Esto es infrecuente.

Riesgos asociados con fumar:

Fumar está vinculado con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos asociados con la obesidad:

La obesidad está vinculada con un aumento del riesgo de infección. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de coágulos.

Riesgos específicos para usted:

Tratamientos alternativos:

Otras opciones:

- Parto vaginal.

Si decide que no se realice este tratamiento:

- Su proveedor de atención médica seguirá controlando su embarazo.
- Con algunos problemas de salud, la decisión de no realizarse una cesárea puede causar lesiones o el fallecimiento de su bebé y/o de usted. Su proveedor hablará sobre esta opción con usted.

Información general

- Durante este procedimiento, el médico podría tener que realizar más procedimientos o procedimientos nuevos que los que acordé.
- Durante el procedimiento el médico podría tener que hacer más pruebas o tratamientos.
- Los tejidos u órganos tomados de mi cuerpo podrían ser sometidos a pruebas. Podrían guardarse para fines de investigación o enseñanza. Acepto que el hospital los deseche de un modo adecuado.
- Los alumnos, personas de ventas técnicas y otros integrantes del personal podrían estar presentes durante el procedimiento. Mi médico los supervisará.
- Se podrían tomar fotografías o grabar videos durante el procedimiento. Estos podrían agregarse a mi historial médico. Estos podrían publicarse con fines de enseñanza. Se protegerá mi identidad.



Affix Patient Label

Nombre de la paciente: _____

Fecha de nac: _____

Al firmar este formulario acepto lo siguiente:

- He leído este formulario o el mismo me fue explicado con palabras que puedo comprender.
 - Entiendo su contenido.
 - He tenido tiempo para hablar con el médico. Mis preguntas fueron respondidas.
 - Deseo que se me realice este procedimiento: **Cesárea**
-
- Entiendo que mi médico podría pedirle a un colega que realice la cirugía.
 - Entiendo que otros médicos, incluidos los médicos residentes, u otros integrantes del personal podrían ayudar con la cirugía. Las tareas se basarán en su nivel de aptitud. Mi médico los supervisará.

Proveedor: Este paciente podría requerir una prueba de grupo y compatibilidad o de grupo y compatibilidad cruzada, antes de la cirugía. Si así fuera, por favor obtenga el consentimiento para la sangre o los hemoderivados.

Firma de la paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Relación: Paciente Pariente más cercano (relación) _____ Tutor

Declaración del Intérprete: He traducido este formulario de consentimiento y la explicación que le dio el médico a la paciente, al padre o la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Firma del Intérprete: _____ Fecha: _____ Hora: _____

SOLO para Uso del Proveedor:

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar; he respondido las preguntas, y la paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Explicación de la paciente

La paciente muestra comprensión al relatar en sus propias palabras:

___ Las razones para el tratamiento o procedimiento: _____
___ Las zonas del cuerpo que serán afectadas: _____
___ Los beneficios del procedimiento: _____
___ Los riesgos del procedimiento: _____
___ Las alternativas al procedimiento: _____

O
___ La paciente decide no proceder: _____ (firma de la paciente)

Validado/Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____