



Consentimiento informado para
asistencia del parto
Versión 3.0

Consentimiento informado para asistencia del parto

Consentimiento informado para asistencia del parto

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad:Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:

ASISTENCIA DEL PARTO

- 1) **Existe una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, habitualmente utilizados, como:** rotura de la bolsa amniótica o membranas ovulares, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto; que me han sido explicados y expresamente autorizo, comprendiendo que aun siendo seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones.
- 2) Durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas será vigilado de acuerdo con el curso y situación del parto.
- 3) **Complicaciones y/o riesgos y fracasos.**
 - a) Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.
 - b) **Las complicaciones más importantes son:**
 - Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
 - Prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
 - Infección materna o fetal.
 - Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación que puedan llevar a hacer necesaria la transfusión, intraparto y postparto. Hematomas en el aparato genital.
 - Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).
 - Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión normal del parto.
 - Dificultades en la extracción del feto.

- Riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía postparto.
 - Shock Obstétrico. Shock por hemorragia y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada.
- 4) Existe un muy bajo riesgo de muerte materna, actualmente Chile de 1-2/10.000 partos.
 - 5) La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato siendo necesaria la práctica de una Intervención Obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.
 - 6) Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del obstetra, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien yo o mi representante legal, seremos en lo posible informados de los mismos, siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan.
 - 7) La atención médica del parto se llevará a cabo por un equipo de profesionales (obstetras, anestesiólogos, Neonatólogos, matronas, enfermeras) con funciones específicas.
 - 8) Entiendo que el equipo asistencial que atenderá mi parto lo hará con el criterio expresado en este documento.
 - 9) Me han sido explicadas las precauciones y el tratamiento que, en su caso, he de seguir después del parto y que me comprometo a observar.
 - 10) La atención del parto se efectúa normalmente con anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del Servicio de Anestesia.
 - 11) No se puede descartar que en el transcurso del parto surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por personal calificado.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el ginecólogo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.



Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **ASISTENCIA DEL PARTO**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).