

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA HISTERECTOMÍA

AL PACIENTE: Como paciente, usted tiene el derecho a que se le informe sobre su condición y a que se le recomiende el procedimiento quirúrgico, médico o diagnóstico que se utilizará para que, después de conocer los riesgos o peligros involucrados, usted pueda tomar la decisión de seguir con el procedimiento o no. Esta divulgación de información no tiene como propósito el asustarle ni alarmarle; es sencillamente una medida para mejor informarle y así usted pueda dar o negar su consentimiento al procedimiento.

AVISO: El negar dar consentimiento a la histerectomía no resultará en el retirar ni en la retención de ningunos de los beneficios proporcionados por programas o proyectos que reciben fondos federales, ni tampoco le afectará de ninguna manera su derecho a la atención o al tratamiento en el futuro.

Yo solicito (nosotros solicitamos) voluntariamente que el (la) Dr(a). _____ como mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos, y otros proveedores de atención de salud como ellos estimen necesario, traten mi condición, la cual se me (se nos) ha explicado como: _____

_____.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que los siguientes procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos son planificados para mí, y doy (damos) el consentimiento voluntariamente para estos procedimientos y autorizo (autorizamos) estos procedimientos: _____

_____.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que una histerectomía es la extirpación del útero a través de una incisión en el abdomen inferior o a través de la vagina. Además entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) que podría ser necesaria una cirugía adicional para extirpar o componer otros órganos, inclusive un ovario, una trompa de Falopio, el apéndice, la vejiga, el recto, o la vagina.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que la histerectomía es permanente e irreversible. Entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) que no podré embarazarme ni dar a luz. Entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) que tengo el derecho a procurar una consulta de un segundo médico.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que quizá mi médico descubra otras o diferentes condiciones que requerirán procedimientos adicionales distintos a los ya planificados. Yo autorizo (nosotros autorizamos) que mi médico, y tales socios, ayudantes técnicos y otros proveedores de atención de salud realicen tales procedimientos adicionales que son prudentes en su opinión profesional.

Yo doy (nosotros damos) / Yo no doy (nosotros no damos) consentimiento para el uso de sangre y productos de sangre, como se estime necesario. Entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) que los siguientes riesgos y peligros podrían ocurrir con relación a la utilización de sangre y productos de sangre:

1. La infección grave, incluyendo pero no limitado a la hepatitis y el VIH que puede conducir a daños en los órganos y el deterioro permanente.
2. Lesión relacionada con la transfusión dando lugar a alteraciones de los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunológico.
3. Reacción alérgica grave, potencialmente mortal.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ninguna seguridad ni garantía se me ha dado con relación al resultado o a la cura.

Asimismo que podrían haber riesgos y peligros al seguir en mi condición actual sin tratamiento, también hay riesgos y peligros relacionados a la realización de los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos planificados para mí. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que el potencial para infección, coágulos de sangre en las venas y los pulmones, hemorragia, reacciones alérgicas, y aún muerte, son comunes en los procedimientos quirúrgicos, médicos y / o diagnósticos. Asimismo, Yo comprendo (nosotros comprendemos) que podrían ocurrir los siguientes riesgos y peligros con respecto a este procedimiento en particular (marque el procedimiento aplicable):

HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	HISTERECTOMÍA VAGINAL
<ol style="list-style-type: none"> 1. Goteo no controlable de orina. 2. Daño a la vejiga. 3. Esterilidad. 4. Daño al tubo (uréter) entre el riñón y la vejiga. 5. Daño al intestino y / u obstrucción intestinal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Goteo no controlable de orina. 2. Daño a la vejiga. 3. Esterilidad. 4. Daño al tubo (uréter) entre el riñón y la vejiga. 5. Daño al intestino y / u obstrucción intestinal. 6. Conclusión de la operación a través de una incisión abdominal.

† Para histerectomía asistida por laparoscopia, los riesgos adicionales incluyen: daño a las estructuras intra abdominales (por ejemplo: el intestino, la vejiga, los vasos sanguíneos o los nervios); absceso intra abdominal y complicaciones infecciosas; complicaciones en el sitio del trocar (por ejemplo: hematoma/sangrado, escape de líquido, o formación de una hernia); conversión del procedimiento a un procedimiento abierto; disfunción cardíaca.)

† Si se utiliza un fragmentador de energía, los riesgos adicionales incluyen: si el cáncer está presente, el aumento del riesgo de cáncer puede extenderse; aumento del riesgo de daños a las estructuras adyacentes.

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos si no se recibe tratamiento, los procedimientos que se utilizarán y los riesgos y peligros involucrados en ellos, y que según mi leal saber y entender tengo (tenemos) la información suficiente para dar este consentimiento consciente.

Yo afirmo (nosotros afirmamos) que se me (se nos) explicó este formulario en su totalidad y que lo he (hemos) leído o que se me (se nos) ha leído, que se han llenado los espacios en blanco, y que entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) su contenido.

NOMBRE DEL MÉDICO QUE EXPLICÓ EL PROCEDIMIENTO:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PROPORCIONÓ LOS MATERIALES:

FIRMA DEL PACIENTE / OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (firma requerida)

FECHA: _____ HORA: _____ A.M./P.M

TESTIGO:

Firma

Nombre (letra de molde)

Dirección (Calle o Apartado Postal)

Ciudad, Estado, Código Postal