

# FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-53

Esterilización Quirúrgica

Rev.03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

La finalidad de la misma es evitar la procreación de una forma permanente. Las posibilidades de la reopermeabilización de las trompas en la actualidad no forman parte de la rutina diaria.

## CARACTERÍSTICAS DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA (En qué consiste)

La esterilización quirúrgica en la obstrucción o extirpación de una parte o toda la trompa de Falopio. Lo cual se realiza de forma bilateral. Se trata de una intervención en principio pensada como esterilización definitiva, aunque es posible en ocasiones la reversibilidad quirúrgica y, en todo caso, un futuro embarazo mediante fecundación in Vitro. Sin embargo, la probabilidad de que haya una gestación pese a haber sido la técnica empleada la correcta es de 1/200.

## RIESGOS POTENCIALES DE LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

### Riesgos frecuentes

Para una técnica de apertura abdominal, las complicaciones esperables son reducidas al menor grado al no ser extirpados órganos ni tejidos muy vascularizados. En cualquier caso, pueden aparecer con relativa frecuencia:

Náuseas, pequeñas hemorragias vaginales, dolor abdominal o molestias urinarias. También es posible que como consecuencia de los hallazgos operatorios, o por complicaciones, sea necesaria una aplicación del procedimiento original.

La recuperación suele ser muy rápida, pudiendo abandonar la hospitalización y realizar vida normal en unos días.

### Riesgos poco frecuentes

Pueden aparecer otras complicaciones que, aunque menos frecuentes, revisten mayor gravedad, tales como: Hemorragias intrabdominales e infecciones.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Existen métodos alternativos no quirúrgicos, pero en su caso libremente la práctica de la esterilización quirúrgica. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

# FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-53

Esterilización Quirúrgica

Rev.03

## DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Esterilización Quirúrgica**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Esterilización Quirúrgica**.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Firma Médico \_\_\_\_\_

## RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Esterilización Quirúrgica** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

## REVOCAACION:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar \_\_\_\_\_

Nombre Médico \_\_\_\_\_ Firma del Médico \_\_\_\_\_  
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)