

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTERILIZACIÓN

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Chile y de acuerdo a lo indicado por el Ministerio de Salud en su resolución N° 2326 exenta de 2000, se encuentra 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.

La paciente..... de..... Años

RUT N°:..... Y/o el señor/señora.....

RUT N°:..... En calidad de representante legal, familiar o allegado.

#### DECLARAN:

Que el doctor..... RUT N°:..... Ginecólogo Obstetra, me ha explicado la siguiente información sobre la operación **ESTERILIZACIÓN TUBARIA**.

1. La intervención de **ESTERILIZACIÓN TUBARIA** consiste básicamente en la oclusión de la continuidad de las trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo. Y por lo tanto es **IRREVERSIBLE**.
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.
3. En mi caso concreto se realizará por.....
4. Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje del 0.5- 5 X 1.000 de fallos en los que se produce un nuevo embarazo.
5. Existen otros métodos de planificación familiar: condón, hormonales, dispositivo intrauterino.
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.
8. En este tipo de cirugías pueden aparecer, principalmente las siguientes complicaciones: Intraoperatorias: hemorragias y lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestinos. Postoperatorias: 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.

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 del tratamiento.

En tales condiciones, sabiendo que es mi responsabilidad, elegir libre y responsablemente el número de hijos que deseo tener, **ACEPTO** Que se me realice la **ESTERILIZACIÓN TUBARIA**.

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma**

**Rut**

**Representante del paciente:**

\_\_\_\_\_

**Rut**

**Firma**

**Nombre**

**Parentesco:** \_\_\_\_\_.

Con esta fecha, yo \_\_\_\_\_ revoco mi consentimiento prestado anteriormente, asumiendo la responsabilidad de esta decisión, y en pleno conocimiento de las consecuencias de que esto se pueda derivar.

Firma: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_.-

El profesional que suscribe, declara haber informado al paciente (o su representante) el diagnóstico, los procedimientos necesarios, el tratamiento indicado y sus eventuales riesgos.

\_\_\_\_\_  
**Nombre**

\_\_\_\_\_  
**Rut**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

Ovalle, \_\_\_\_\_.