

PETERSON REGIONAL MEDICAL CENTER
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. Fiebre
2. Reacción a la transfusión, que podría incluir insuficiencia renal o anemia
3. Insuficiencia cardíaca
4. Hepatitis
5. SIDA (Síndrome inmunodeficiencia adquirida)
6. Otras infecciones

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 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.	☐ HISTERECTOMÍA VAGINAL* 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 VAGINAL 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.)

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que la anestesia involucra riesgos y peligros adicionales, sin embargo solicito (solicitamos) el uso de agentes anestésicos para el alivio de y la protección contra el dolor durante los procedimientos ya planificados y los procedimientos adicionales. Yo comprendo (nosotros comprendemos) que posiblemente se tendría que cambiar la anestesia sin darme (darnos) explicación.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ciertas complicaciones podrían resultar de la utilización de todos los agentes anestésicos las cuales pueden incluir problemas respiratorios, reacción a medicamentos, parálisis, daño cerebral, o aún muerte. Otros riesgos y peligros que podrían resultar de la utilización de agentes anestésicos generales varían de molestia leve hasta daño a las cuerdas vocales, los dientes, o los ojos. Entiendo y acepto (entendemos y aceptamos) que otros riesgos y peligros que resultan del uso de agentes anestésicos espinales o epidurales incluyen dolores de cabeza y dolor crónico.

Se me (se nos) ha dado una oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, las clases alternativas de anestesia y métodos alternativos 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:_____

FECHA HORA FIRMA DEL PACIENTE O DE OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (RELACIÓN)

TESTIGO (Con letra de imprenta y firma) DIRECCIÓN DEL TRABAJO CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO Por este medio, certifico que he explicado la naturaleza, el propósito, los beneficios, los riesgos y peligros usuales y más frecuentes, y las alternativas al procedimiento/la operación que se propone. He ofrecido contestar todas las preguntas y he contestado completamente dichas preguntas. Creo que el paciente/paciente/tutor entiende lo que le he explicado y ha dado su consentimiento al procedimiento/la operación que se propone. Physician Signature _____ Date _____ Time _____
--