

## 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):

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

‡ [\*] Para histerectomía asistida por laparoscopia [**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.)

† 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