

**CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN OBSTETRICA.**

Ciudad y fecha:....., ...../...../20.....-

1. Yo,....., habiéndome explicado detalladamente y en términos sencillos los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, autorizo al **Dr./a.** ...., y a su equipo, a realizar el control y seguimiento de mi embarazo, como así también la atención del nacimiento de mi hijo/s, que se realizará en ..... Según información que he proporcionado acerca de la fecha de última menstruación, mi FPP es el ...../...../20.....-
2. Me ha sido totalmente explicado el plan general de atención y seguimiento del embarazo, el cual me comprometo a cumplir estrictamente. Reconozco y acepto que el mismo puede estar sujeto a modificaciones conforme la evolución de mi embarazo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente explicados:
  - \* El control médico será mensual durante los primeros siete (07) meses del embarazo. Luego se realizarán controles quincenales, o aún semanales si fuera necesario y hasta el momento en que comience el trabajo de parto.
  - \* Se me indicará la realización de al menos una rutina completa de laboratorio por trimestre, incluyéndose en la del último trimestre los análisis propios del riesgo quirúrgico.
  - \* Se me solicitará la realización de al menos 3 ecografías de control (una por trimestre) para evaluar el crecimiento fetal y la normalidad placentaria. Se me ha aclarado que pueden solicitarse estudios ecográficos adicionales.
  - \* Se realizarán Monitoreos fetales a partir de la semana 36 del embarazo, y será el profesional interviniente quien decida la frecuencia de su realización.
3. Reconozco que he recibido información completa sobre medidas higiénico-dietéticas a seguir; particularmente en lo referente al control de peso y de la tensión arterial; así como de otros factores de riesgo (tabaco, alcohol, drogas, medicamentos, etc).
4. Se me ha informado respecto de la forma en que debo proceder cuando comience el trabajo de parto y se me han proporcionado los teléfonos en los que podré solicitar la asistencia profesional (.....)
5. Se me ha comunicado que de no mediar complicaciones o circunstancias que a juicio médico no lo aconsejen, se permitirá el acceso del Sr./a ..... a la sala de partos y/o quirófano, a quien autorizo a tales efectos.
6. He sido informada que al iniciarse el trabajo de parto pueden presentarse condiciones extraordinarias o especiales que obliguen a la realización de distintos procedimientos (cesárea, utilización de fórceps, episiotomía, etc.); como así también se me ha explicado que no es posible predecir la forma en que se producirá el nacimiento; excepto en aquellos casos en los que a criterio médico existan condiciones que a priori indiquen la conveniencia de realizar una cesárea. El hecho de indicar una cesárea se debe a que las circunstancias del parto o gestación impidan la realización de un parto vaginal o hagan presumir mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y/o el feto. Soy conciente que de negarme al/los procedimiento/s indicado/s por el médico (o retrasarlo injustificadamente), ello pondría en riesgo la salud, o incluso la vida, mía y/o de mi hijo por nacer.
7. Requiere SI / NO (tachar lo que no corresponda) al obstetra a solicitar los servicios de un anestésico para la realización del parto por vía vaginal. Asimismo, para el supuesto que resulte necesaria la participación del anestésico, doy mi consentimiento para la administración de anestesia, pudiendo el profesional actuante apelar a la que considere mas conveniente para mi confort y/o beneficio. Se me ha explicado que se utilizarán técnicas anestésicas que no pongan en peligro la vitalidad fetal.
8. Reconozco que durante el curso del trabajo de parto (ya sea vaginal o por cesárea) condiciones clínicas especiales o extraordinarias pueden imponer la necesidad de realizar procedimientos adicionales; por lo tanto autorizo y requiero que el Obstetra antes nombrado, o quien él designe, realice los procedimientos y/o estudios que se consideren necesarios y deseables a juicio profesional en procura del cuidado de mi salud y de la del bebé por nacer. Asimismo, también autorizo a que el Obstetra o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período del puerperio y hasta que me sea otorgada el alta obstétrica.
9. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse durante el trabajo de parto vaginal (ya sea instrumental o no) o la cesárea, o en el puerperio, son las descritas por la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: Seroma, hematoma, tejido cicatrizal anormal, infección o dehiscencia de la ureterorrafia, de la herida quirúrgica o de la episiotomía, Desgarro vaginal, vesical o rectal, eventración de herida quirúrgica, prolapsos (descensos) de los órganos genitales internos, atonía uterina, hemorragia, retención de restos placentarios, infección uterina (endometritis), fístulas, rotura

uterina, afección de las vías urinarias o intestino, trastornos de la coagulación o infección generalizada, embolia de líquido amniótico, TEP (troboembolismo pulmonar). Me han informado que aunque gran mayoría de las complicaciones pueden resolverse con tratamiento no quirúrgico, en algunas ocasiones podría requerirse una reoperación. En caso de producirse un cuadro de atonía uterina, endometritis, u otra complicación, y que la misma no revirtiera con tratamiento no quirúrgico, puede resultar necesario la realización de una histerectomía (extracción del útero) a fin de salvar mi vida. Entiendo que con este procedimiento perderé mi capacidad de concebir, informándoseme que es un recurso extremo al que se recurre porque no existe tratamiento alternativo y corre riesgo mi vida. También se me explicó que de negarme a él, la evolución es hacia la muerte por shock hipovolémico (es decir por sangrado incoercible).

10. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que ..... (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
11. Me comprometo a cooperar con el Obstetra durante el período de seguimiento del embarazo y a cumplir la totalidad de las indicaciones y recomendaciones que se me realicen hasta que se me otorgue el alta médica definitiva. Asimismo, me comprometo a informar al Obstetra sobre cualquier cambio en la evolución normal del embarazo de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
12. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes médicos generales, ginecológicos, obstétricos y de inmunizaciones, prevención y/o profilaxis. Manifiesto ser alérgica a:.....
13. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Obstetricia no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Obstetra me ha informado adecuadamente sobre los aspectos inherentes al seguimiento del embarazo y del trabajo de parto no es posible garantizar ningún resultado con respecto al desarrollo del nacimiento.
14. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se me atiende, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado.
15. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
16. He leído este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

**Firma de la paciente:**.....

**Documento:** .....

**Aclaración:** .....

**SI LA PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurre a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

