

Figure: 25 TAC §601.8(2)

CONSENTIMIENTO MÉDICO INFORMADO PARA SOMETERSE A UNA HISTERECTOMÍA

A LA PACIENTE: Usted tiene derecho a que se le informe sobre: 1) su enfermedad, 2) la atención médica o procedimiento quirúrgico recomendado, y 3) los riesgos relacionados con dicha atención o procedimiento. Le presentamos esta información con el fin de que usted pueda tomar la decisión de dar o no dar su consentimiento para recibir esta atención médica o procedimiento quirúrgico. Le exhortamos a que consulte con su médico o proveedor médico sobre cualquier pregunta que tenga antes de firmar este formulario.

Aviso: La negativa a dar su consentimiento para someterse a una histerectomía no tendrá como resultado el retiro o la retención de ningún beneficio proporcionado por programas o proyectos que reciban fondos federales, ni afectará el derecho de usted a recibir atención o tratamiento médicos en el futuro.

Aviso: Usted tiene derecho a consultar a otro médico en busca de una segunda opinión antes de decidir si da su consentimiento o no.

Descripción de la atención médica o procedimiento quirúrgico

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico [nombre/credenciales] _____, así como a otros proveedores médicos, que den el tratamiento necesario a mi enfermedad, a saber: _____

Quedo enterada de que se tiene previsto aplicarme la siguiente atención médica o procedimiento quirúrgico:

Reconozco que una histerectomía consiste en la extirpación del útero, ya sea mediante una incisión en la parte inferior del abdomen (histerectomía abdominal) o en la vagina (histerectomía vaginal).

Quedo enterada de que la histerectomía es de carácter permanente e irreversible. Quedo enterada de que al someterme a la histerectomía ya no podré quedar embarazada ni procrear.

Otras atenciones médicas o procedimientos quirúrgicos que podrían ser necesarios

Comprendo que podría ser necesaria una intervención quirúrgica adicional para extirpar o reparar anomalías en otros órganos además del útero, como los ovarios, las trompas, el apéndice, la vejiga, el recto o la vagina.

Comprendo que, durante las atenciones o procedimientos quirúrgicos que yo reciba, mi médico o proveedor médico podría descubrir otros problemas que requieran atenciones o procedimientos adicionales o distintos a los que originalmente se previeron.

Autorizo a mis médicos o proveedores médicos a usar su criterio profesional para realizar las atenciones o procedimientos adicionales o distintos que consideren necesarios.

El uso de sangre

Por favor, escriba sus iniciales junto a "Sí" o "No":

___ Sí ___ No

Doy mi consentimiento para que se use sangre y hemoderivados, según sea necesario para mi buena salud, durante la atención médica o los procedimientos quirúrgicos. Existe el riesgo de que, con el uso de sangre y hemoderivados, se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Una infección grave, como hepatitis o una ocasionada por el VIH, entre otras, que podría provocar un daño orgánico y un deterioro permanente.
2. Daños relacionados con la transfusión que podrían lesionar los pulmones, el corazón, el hígado, los riñones y el sistema inmunitario.
3. Una reacción alérgica grave que podría ser mortal.

Riesgos relacionados con esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo ningún tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con la atención médica o procedimiento quirúrgico que se tiene previsto realizarme.

Comprendo que toda atención médica o procedimiento quirúrgico supone también ciertos riesgos, que pueden ser de menores a graves. Entre estos riesgos se cuentan: infección; formación de coágulos sanguíneos en las venas, los pulmones u otros órganos; hemorragia (sangrado intenso); reacciones alérgicas; mala cicatrización de las heridas, o la muerte.

Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento quirúrgico y del estado de salud de la paciente.

Los riesgos de esta atención médica o procedimiento quirúrgico incluyen, entre otros:

Histerectomía abdominal o vaginal:

1. Incontinencia urinaria.
2. Lesión en la vejiga.
3. Esterilidad.
4. Lesión al conducto (uréter) que conecta los riñones con la vejiga.
5. Lesión al intestino u obstrucción intestinal.
6. Necesidad de practicar una incisión abdominal.

En el caso de la histerectomía asistida por laparoscopia, los riesgos también incluyen:

1. Lesión a estructuras intraabdominales (por ej., intestino, vejiga, vasos sanguíneos o nervios).
2. Absceso intraabdominal y complicaciones infecciosas.
3. Complicaciones en el sitio del trocar (por ej., hematoma o sangrado, pérdida de líquido o formación de hernias).
4. Tener que cambiar de procedimiento y practicar una intervención abierta.
5. Disfunción cardíaca.

Si en la cirugía laparoscópica se utiliza un resectoscopio eléctrico, los riesgos adicionales incluyen los siguientes:

1. Si la paciente presenta cáncer, el riesgo de diseminación del cáncer podría ser mayor.
2. El riesgo de lesión a las estructuras adyacentes es mayor.

RIESGOS O COMENTARIOS ADICIONALES (si no hay ninguno, favor de tachar las líneas con una raya):

Consentimiento para someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realice la atención médica o procedimiento quirúrgico descrito anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Quedo enterada de que esta atención o procedimiento quirúrgico no garantiza la conclusión o la curación de mi enfermedad.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre lo siguiente:
 1. Tratamientos alternativos,
 2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento,
 3. Los pasos que se sucederán durante la atención médica o procedimiento quirúrgico al que me someta, y
 4. Los riesgos y peligros de someterse a esta atención médica o procedimiento quirúrgico.
- Considero que he recibido la información suficiente para poder otorgar mi consentimiento informado.
- Declaro que el contenido del presente formulario se me ha explicado en su totalidad y que sus espacios en blanco han sido rellenos.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
- Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las anteriores declaraciones no es válida para usted, comuníquese con su médico o proveedor médico antes de continuar.

Nombre de la persona que le proporcionó y explicó el material informativo:

La paciente / Otro representante legalmente autorizado (es obligatoria la firma):

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación con la paciente:

Fecha: _____

Hora: _____ a.m./p.m.

Testigo:

Nombre en letra de molde

Firma

Dirección (Calle o apartado postal)

Ciudad, estado, código postal