

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CERCLAJE CERVICAL

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### LO QUE USTED DEBE SABER

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Este procedimiento quirúrgico consiste en reducir el espacio del orificio inferior del útero que se encuentra en la zona llamada cuello uterino y que es por donde se comunica con la vagina

Sirve para evitar el riesgo de aborto o de parto prematuro, cuando el orificio cervical no se mantiene del todo cerrado (insuficiencia cervical).

### CÓMO SE REALIZA

La intervención requiere de anestesia general, local o regional. Se realiza a través de la vagina. Se coloca una cinta o hilo alrededor del orificio cervical que se anuda y así se reduce la amplitud de este orificio.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La intervención se realiza bajo anestesia y no es dolorosa. Si se producen sangrados, dolor abdominal considerable o fiebre después del alta hospitalaria debe acudir al hospital. La intervención no garantiza absolutamente la corrección de la insuficiencia cervical, y existe un pequeño porcentaje de fracasos sin poder garantizar, por tanto, que evitaremos la posibilidad de parto prematuro.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Disminuirá las posibilidades de que se produzca un parto prematuro o un aborto

### OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO

Existen otras alternativas no quirúrgicas. Como son el reposo físico y la toma de medicamentos que actúan sobre el cuello del útero. Pero estas medidas no producen el cierre del conducto cervical, teniendo menores posibilidades de éxito.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

### LOS MÁS FRECUENTES:

Los sangrados que provienen del cuello del útero.  
La posibilidad de parto prematuro por fracaso de la intervención.

### LOS MÁS GRAVES:

La rotura prematura de la bolsa de las aguas con pérdida de líquido amniótico y riesgo de parto prematuro.  
La infección del líquido dentro del útero (líquido amniótico).  
El riesgo de aborto.

### SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Si Usted padece de alergias a medicamentos, de alteraciones de la coagulación, o de otras enfermedades, debe informar a su médico. También comunicarle los medicamentos que actualmente tome y cualquier otra circunstancia que considere importante.

OTROS MOTIVOS PARA LOS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podrían tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====  
No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico