 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL</b>	<b>ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD</b>	<b>CÓDIGO</b>	MI_AIS_IAS072F02
			<b>VERSIÓN</b>	02
			<b>FECHA</b>	22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

**Lugar y Fecha:** Medellín - 06.07.2023 22:31:39.

**Nombre del Procedimiento:** ATENCION TRABAJO DE PARTO Y PARTO VAGINAL - REALIZACION DE LEGRADO

**Nombre del Paciente:** MARISOL HINESTROZA CARTAGENA

**Identificación:** 1011395894

**Nº Historia Clínica:** 2028669

**Representante Legal (si Aplica):**

**Identificación:**

**Acompañante (si se cuenta con):**

**Identificación:**

Doy fe de que el profesional VALENCIA RIOS, VICTOR HUGO especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como LOS NECESARIOS y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de ATENCION TRABAJO DE PARTO Y PARTO VAGINAL - REALIZACION DE LEGRADO con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: ATENCION ADECUADA Y OPORTUNA POR PERSONAL CAPACITADO.

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones ESTABLE.

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RIESGOS, siendo los más comunes INFECCIONES / SANGRADO ABUNDANTE / LESIONES UTERINAS / LESIONES PERINEALES (DESGARROS) / TRAUMAS OBS y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales RIESGO DE INFECCION (UTERO O DE LA HERIDA QUIRURGICA EN CESAREA O DE LE EPISIOTOMIA), DESGARROS PERINEALES, HEMATOMAS, PLACENTA INCOMPLETA QUE SE DEBE EXTRAER BAJO ANESTESIA, DESGARROS DEL RECTO O DEL ÚTERO QUE REQUIEREN CORRECCIONES VÍA VAGINAL O.

ABDOMINAL, PUEDE PRESENTAR INCONTINENCIA FECAL, URINARIA O DE FLATOS SECUNDARIA, DOLOR CRONICO Y MALA CICATRIZACION, SI SE USAN LOS FÓRCEPS: PUEDEN DEJAR DESDE PEQUEÑAS MARCAS EN LA PIEL DE LA CARA DEL BEBÉ HASTA HEMATOMAS GRANDES EN LA.

CABEZA, PUEDE OCURRIR TRAUMA FETAL DURANTE EL NACIMIENTO CON LESIONES EN LA CABEZA O EN LAS EXTREMIDADES, DESDE MUY LEVES HASTA SEVERAS O IRREVERSIBLES..

Autorizo al médico o los profesionales tratantes a proceder según los hallazgos dentro del procedimiento quirúrgico y realizar las intervenciones adicionales que estimen pertinentes, conforme a su criterio médico, así no me hayan sido previamente informadas, en procura de mejorar mi estado de salud y en desarrollo del principio de beneficencia que rige la actividad médica.

Se me ha explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Como paciente me han sido advertidas mis obligaciones de asistir a consultas, revisiones, administración de medicamentos y asistir a la institución en caso de tener signos de alarma, cuyo incumplimiento podría alterar el curso de mi tratamiento. Se me ha advertido que puede haber situaciones en las cuales la estancia hospitalaria se puede prolongar o generar manejos de mayor complejidad como en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiados mis fluidos, sin costo alguno para mí, para verificar si tengo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y/o Sífilis entre otras y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL</b>	<b>ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD</b>	<b>CÓDIGO</b>	MI_AIS_IAS072F02
			<b>VERSIÓN</b>	02
			<b>FECHA</b>	22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

Igualmente autorizo a la institución para que en mi proceso de atención participe personal en formación con la debida supervisión del profesional certificado. En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre y consciente, autorizo el procedimiento descrito, denominado ATENCION TRABAJO DE PARTO Y PARTO VAGINAL - REALIZACION DE LEGRADO.

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo su aplicación mediante el procedimiento de transfusión de hemo-componentes que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante y quien me informó que la transfusión puede tener los siguientes riesgos entre otros: Fiebre, urticaria (ronchas que causan rasquiña), sobrecarga circulatoria (incremento del volumen sanguíneo), dificultad para respirar, tos, falla cardíaca, hemosiderosis (sobrecarga de hierro), anemia y falla renal; Infecciones tales como hepatitis, SIDA, enfermedad de Chagas (transmitida por la picadura del pito) y otras aún no conocidas. Se me explicó que dichos efectos pueden presentarse a pesar de que me van a transfundir sangre y/o componentes a los que se le han practicado exámenes que por disposiciones legales son necesarios para colocar el sello de calidad, y las pruebas de compatibilidad pertinentes con resultados negativos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

Marisol H-c

Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

\_\_\_\_\_  
Acompañante

*Victor Hugo Valencia Ríos*

Ginecólogo y Obstetra  
Universidad CES

\_\_\_\_\_  
Especialista

*[Firma]*  
C.C. 1053779348

**DISENTIMIENTO**

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento ATENCION TRABAJO DE PARTO Y PARTO VAGINAL - REALIZACION DE LEGRADO, cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional VALENCIA RIOS, VICTOR HUGO

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)





**FORMATO  
CONSENTIMIENTO  
INFORMADO  
GENERAL**

**ATENCIÓN INTEGRAL EN  
SALUD**

**CÓDIGO**

MI\_AIS\_IAS072F02

**VERSIÓN**

02

**FECHA**

22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

**Lugar y Fecha:** Medellín - 07.07.2023 11:50:17.

**Nombre del Procedimiento:** MADURACION CERVICAL PARA INDUCCIÓN DE PARTO POR RUPTURA DE MEMBRANAS EN FETO PREVIABLE

**Nombre del Paciente:** MARISOL HINESTROZA CARTAGENA

**Identificación:** 1011395894

**N° Historia Clínica:** 2028669

**Representante Legal (si Aplica):**

**Identificación:**

**Acompañante (si se cuenta con):**

**Identificación:**

Doy fe de que el profesional ARANGO MONTOYA, CAROLINA especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como SEGUN NECESIDAD MEDICA y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de MADURACION CERVICAL PARA EXPULSION FETAL con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: evitar infeccion materna, con riesgo de sepsis y muerte..

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones OBESIDAD, DIABETES, HIPERTENSION..

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RIESGOS, siendo los más comunes SANGRADO, INFECCION. y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales Riesgo de sangrado vaginal, infección, necesidad de curetaje, necesidad de histerectomía, perdida de posibilidad de tener otros hijos. La paciente se negó al procedimiento. Riesgos de NO ACEPTAR EL.

PROCEDIMIENTO: Riesgos de infección de cavidad amniotica, hemorragia, necesidad de histerectomía E IMPOSIBILIDAD DE TENER MAS HIJOS, sepsis, muerte materna. REFIERE QUE ENTIENDE TALES RIESGOS Y LOS ACEPTA..


Autorizo al médico o los profesionales tratantes a proceder según los hallazgos dentro del procedimiento quirúrgico y realizar las intervenciones adicionales que estimen pertinentes, conforme a su criterio médico, así no me hayan sido previamente informadas, en procura de mejorar mi estado de salud y en desarrollo del principio de beneficencia que rige la actividad médica.

Se me ha explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Como paciente me han sido advertidas mis obligaciones de asistir a consultas, revisiones, administración de medicamentos y asistir a la institución en caso de tener signos de alarma, cuyo incumplimiento podría alterar el curso de mi tratamiento. Se me ha advertido que puede haber situaciones en las cuales la estancia hospitalaria se puede prolongar o generar manejos de mayor complejidad como en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiados mis fluidos, sin costo alguno para mí, para verificar si tengo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y/o Sífilis entre otras y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

Igualmente autorizo a la institución para que en mi proceso de atención participe personal en formación con la debida supervisión del profesional certificado. En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre y consciente, autorizo el procedimiento descrito, denominado MADURACION CERVICAL PARA INDUCCIÓN DE PARTO POR RUPTURA DE MEMBRANAS EN FETO PREVIABLE.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL</b>	<b>ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD</b>	<b>CÓDIGO</b> MI_AIS_IAS072F02
			<b>VERSIÓN</b> 02
			<b>FECHA</b> 22.12.2016

**ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007**

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo su aplicación mediante el procedimiento de transfusión de hemo-componentes que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante y quien me informó que la transfusión puede tener los siguientes riesgos entre otros: Fiebre, urticaria (ronchas que causan rasquiña), sobrecarga circulatoria (incremento del volumen sanguíneo), dificultad para respirar, tos, falla cardíaca, hemosiderosis (sobrecarga de hierro), anemia y falla renal; Infecciones tales como hepatitis, SIDA, enfermedad de Chagas (transmitida por la picadura del pito) y otras aún no conocidas. Se me explicó que dichos efectos pueden presentarse a pesar de que me van a transfundir sangre y/o componentes a los que se le han practicado exámenes que por disposiciones legales son necesarios para colocar el sello de calidad, y las pruebas de compatibilidad pertinentes con resultados negativos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

\_\_\_\_\_  
Acompañante

\_\_\_\_\_  
Especialista

**DISENTIMIENTO**

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento MADURACION CERVICAL PARA INDUCCIÓN DE PARTO POR RUPTURA DE MEMBRANAS EN FETO PREVIABLE, cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional ARANGO MONTOYA, CAROLINA

Marisol H.c  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

**Dra Carolina Arango Montoya**  
Esp. Ginecología y Obstetricia  
CC 1040738526  
Rg 05540815

\_\_\_\_\_  
Acompañante

**Dra Carolina Arango Montoya**  
Esp. Ginecología y Obstetricia  
CC 1040738526  
Rg 05540815

\_\_\_\_\_  
Especialista