

Figure: 25 TAC §604.4(2)

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y OTORGAMIENTO DE  
CONSENTIMIENTO PARA UNA HISTERECTOMÍA**

**A LA PACIENTE: Usted tiene derecho a que se le informe sobre: 1) su enfermedad, 2) la atención médica o procedimiento quirúrgico recomendados, y 3) los riesgos relacionados con dicha atención o procedimiento. La información que aquí presentamos tiene como fin que usted pueda tomar la decisión de dar o no su consentimiento para recibir esta atención o procedimiento médicos. Antes de firmar este formulario, le recomendamos que consulte con su médico o proveedor médico sobre cualquier otra pregunta que pudiera tener.**

**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 o no su consentimiento.

---

**Descripción de la atención médica y los procedimientos quirúrgicos**

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor médico

[nombre/credenciales] \_\_\_\_\_, así como a otros  
proveedores médicos, que den tratamiento a mi enfermedad, que es:

---

---

Entiendo que se tiene previsto aplicarme la siguiente atención médica o  
procedimientos quirúrgicos:

---

---

Entiendo que una histerectomía consiste en la extirpación del útero mediante una incisión en la parte inferior del abdomen (histerectomía abdominal) o a través de la vagina (histerectomía vaginal).

Entiendo que una histerectomía es de carácter permanente e irreversible. Entiendo que después de la histerectomía ya no podré quedar embarazada ni procrear.

### **Otra atención médica o procedimientos quirúrgicos que podrían ser necesarios**

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

Entiendo que durante la atención médica o procedimientos quirúrgicos que yo reciba, mi médico o proveedor médico podría descubrir otros problemas que requieran atención o procedimientos adicionales o distintos a los que originalmente se planearon.

Autorizo a mis médicos o proveedores médicos a usar su criterio profesional para llevar a cabo la atención 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 derivados de la sangre, según sea necesario para mi salud durante la atención médica o procedimientos quirúrgicos que se me realicen. Los riesgos que pueden ocurrir con el uso de sangre y derivados de la sangre son:

1. Infección grave, como hepatitis o una ocasionada por el VIH, entre otras, que podría provocar 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 el tratamiento o procedimiento que se tiene previsto realizarme.

Entiendo que toda atención médica o procedimiento quirúrgico supone también ciertos riesgos, que pueden ser de menores a graves. Estos riesgos son: infección; coágulos de sangre en las venas, los pulmones u otros órganos; hemorragia (sangrado grave); 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 actual de la paciente.

Los riesgos de estos procedimientos médicos o quirúrgicos son, entre otros:

### **Histerectomía abdominal o vaginal:**

1. Derrame incontrolable de la orina.
2. Lesión de la vejiga.
3. Lesión del conducto (uréter) que conecta los riñones con la vejiga.
4. Lesión del intestino u obstrucción intestinal.
5. Necesidad de cambiar durante el procedimiento a una incisión abdominal.

**En el caso de una histerectomía asistida por laparoscopia, los riesgos adicionales incluyen:**

1. Daño durante la introducción del trocar en las estructuras y órganos intraabdominales adyacentes (por ej., intestino, vejiga, vasos sanguíneos o nervios) y posible necesidad de cirugía adicional.
2. Complicaciones en el lugar del trocar (por ej., hematoma, hemorragia, fuga de líquido o formación de una hernia).
3. Émbolo gaseoso (una burbuja de aire que causa insuficiencia cardíaca o accidente cerebrovascular).
4. El cambio durante el procedimiento a una operación de cirugía abierta.
5. Si hay cáncer, podría aumentar el riesgo de propagación del cáncer.

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

---

---

---

**Otorgamiento del consentimiento para someterse a este procedimiento médico o quirúrgico**

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos médicos o quirúrgicos descritos anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Entiendo que estos procedimientos médicos o quirúrgicos no garantizan la conclusión o la curación de mi enfermedad.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre:
  1. Tratamientos alternativos,
  2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento,

3. Los pasos que se sucederán durante los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que me someta, y
  4. Los riesgos y peligros que conllevan los procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Considero que he recibido suficiente información para dar este consentimiento informado.
  - Certifico que se me ha explicado completamente el contenido de este formulario y que sus espacios en blanco han sido llenados.
  - He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
  - Entiendo la información contenida en este formulario.

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

Nombre de la persona que le proporcionó y explicó el formulario de consentimiento:

---

---

**El 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 el paciente:

---

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ a.m./p.m.

**Testigo:**

---

Nombre en letra de molde

---

Firma

---

Dirección (calle o apartado postal)

---

---

Ciudad, estado, código postal