



Clinique des femmes
de l'Outaouais

Consentimiento para la interrupción quirúrgica del embarazo

Entiendo que el propósito del aborto es interrumpir mi embarazo. Me explicaron el método.

Autorizo al Dr. _____ (o médico suplente) a realizar el aborto. Además, lo autorizo a disponer de los productos de concepción de acuerdo con las normas de la práctica médica.

Entiendo que la interrupción quirúrgica del embarazo conlleva ciertos riesgos y que las complicaciones, aunque muy raras, pueden ocurrir a pesar de las mejores intenciones y la habilidad del médico tratante.

Me han informado que existe una posibilidad remota de infección, retención, sangrado, daño al cuello uterino o al útero y reacción alérgica. Además, existe una mínima posibilidad de error al estimar la duración del embarazo y su ubicación. Existe la posibilidad de tener que regresar a la Clínica para una cita de seguimiento para asegurar que la interrupción del embarazo sea completa, particularmente para embarazos de menos de 6 semanas. Autorizo al personal médico a realizar los exámenes diagnósticos, tratamientos y seguimientos correspondientes. Una interrupción del embarazo, realizada en condiciones seguras, por médicos bien capacitados, conlleva un riesgo muy pequeño de muerte. He sido informado de todos estos riesgos por mi seguridad y por razones legales.

Me han informado que la operación se realizará bajo sedación-analgésia. Estos medicamentos disminuirán temporalmente mi nivel de conciencia y me causarán somnolencia. Además, existe la posibilidad de una reacción alérgica y depresión respiratoria (disminución de la frecuencia respiratoria) por lo que seré evaluado continuamente por el médico y la enfermera, hasta que recupere mi estado de conciencia inicial. Autorizo cualquier tratamiento o intervención que no sea previsible, pero que resulte necesario y para el cual sería imposible obtener mi consentimiento. Me han informado que no tendré que conducir un vehículo ni firmar ningún documento importante dentro de las 24 horas posteriores al procedimiento.

Autorizo a la Clínica a administrar inmunoglobulinas anti-D (WinRho) en caso de que mi grupo sanguíneo sea RH negativo. Si este es el caso, se me entregara un folleto explicativo sobre el WinRho.

También autorizo a la Clinique des femmes de l'Outaouais a enviar mis datos personales, así como información relevante relacionada con el embarazo actual a la CISSS de l'Outaouais, en caso de que necesite ser atendida allí rápidamente o si ser referida a ella en el caso de que la interrupción del embarazo no pueda realizarse en la clínica.

Certifico que he recibido copia del documento titulado Guía informativa Interrupción del embarazo por cirugía. Esta guía reúne la información necesaria para prepararse para el procedimiento y promover una buena recuperación.

He leído y entendido este formulario de consentimiento. Tuve la oportunidad de discutir todos los asuntos relacionados con la interrupción de este embarazo.

Y firmo.

Fecha de firma: _____

Testigo: _____

Consentement revalidé par le médecin responsable de la sédation et de l'IG

Signature du médecin

Date

Traduit de la version 2023-06 français