ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES
UN HOSPITAL CON SENTIDO SOCIAL

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Responsable	Cargo	Nombre completo	Firma
Elaboró	Contratista	Stef Salud	
Revisó	Coordinador Médico	Consuelo Escorcia Moreno	
Aprobó	Gerente	Yesenia Hernández Hernández	

Quienes suscribimos este documento manifestamos haberlo revisado previamente, confirmando que su contenido cumple con la normativa legal vigente. Por tanto, lo presentamos bajo nuestra responsabilidad para su respectiva firma

CONTENIDO

1. INTRODUCCION 3
2. OBJETIVO GENERAL 3
3. ALCANCE 4
4. RESPONSABLES 4
5. MARCO NORMATIVO 4
6. GLOSARIO DE TÉRMINOS 5
7. ENFOQUE DIFERENCIAL 6
8. DISPOSICIONES GENERALES 8
9. PROCEDIMIENTO 10
10. FLUJOGRAMA 13
11. CONTROL DE CAMBIOS 14
12. ANEXO No 01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA 15
13. ANEXO No 02 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA 16

..... 16

14. ANEXO No 03 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE CITOLOGIA 17
15. ANEXO No 03 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCION DEL PARTO 18

..... 18

..... 19

..... 20

..... 21

1. INTRODUCCION

La comunicación entre el médico y el paciente es una corriente constante de información, entre ambos y, su continuidad expresa la aceptación y consentimiento por ambas partes. En esta relación continuada en el tiempo, en el paciente hospitalizado, y periódica en las consultas externas, el médico plantea al paciente su estado de salud, y hace propuestas, y éste va manifestando sus deseos respecto a las actuaciones que el médico tiene que poner en práctica.

La nueva legislación ha venido a exigir que esos hechos se reflejen objetivamente, por escrito y quede constancia de que se han cumplido los deberes del médico de informar y obtener el consentimiento del enfermo.

Se ha consagrado así la expresión “Consentimiento Informado”, que significa otorgar el consentimiento a la actuación de un profesional sanitario, una vez que se ha recibido la información relevante, suficiente y necesaria sobre la misma, que permita al paciente decidir lo que considera más favorable para él.

2. OBJETIVO GENERAL

Aplicar el principio de autonomía del paciente, permitiendo de este modo la aceptación o no, por parte del mismo o sus familiares, para la realización de procedimientos clínicos y/o terapéuticos, hospitalización, planes de tratamiento y/o para determinadas actuaciones que son necesarias para el manejo de la salud y seguridad del paciente.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Garantizar que los usuarios reciban información clara, completa y comprensible sobre los procedimientos médicos a realizar, sus riesgos, beneficios y alternativas.

Asegurar que el consentimiento o disentimiento se otorgue de manera libre, voluntaria y documentada, respetando la autonomía del paciente.

Establecer un procedimiento estandarizado para el diligenciamiento, almacenamiento y seguimiento del consentimiento informado en la institución

3. ALCANCE

Debe aplicarse en todos los servicios y unidades de apoyo en que se realice intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes sobre la salud del paciente ya sean adultos o pediátricos.

4. RESPONSABLES

El profesional que va a ejecutar los procedimientos al paciente es el que debe entregar la información y conseguir el Consentimiento del enfermo. Debe ofrecer una información de buena calidad. El profesional (Medico, enfermero, bacteriólogo u odontólogo) tiene que comunicarse con sus pacientes de la forma más sencilla y clara posible posibilitando así, la competencia de los pacientes para decidir.

5. MARCO NORMATIVO

LEY 23 DE 1981 “Por lo cual se dictan normas en materia de ética médica”

ARTICULO N°5: La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos;

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.

2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.

3. Por solicitud de terceras personas.

4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

ARTICULO 15 El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

ARTÍCULO 16: La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.

CORTE CONSTITUCIONAL. SENTENCIA T-401/94: Establece: “toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la carta de derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político constitucional.”.

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Consentimiento informado: Aceptación voluntaria del paciente para recibir un tratamiento, procedimiento o intervención médica, luego de haber sido informado de manera adecuada.

Disentimiento: Decisión del paciente de no aceptar o de retirar su consentimiento previamente otorgado a un tratamiento o procedimiento.

Autonomía del paciente: Derecho que tiene toda persona a decidir sobre su cuerpo y salud sin coacción externa.

Información médica clara: Comunicación comprensible que permite al paciente entender los alcances, riesgos y beneficios de una intervención.

Documento de consentimiento: Registro físico o digital donde queda constancia de que el paciente ha sido informado y ha aceptado o rechazado el procedimiento.

Testigo: Persona que presencia y certifica que el paciente ha otorgado su consentimiento o disentimiento de forma libre e informada.

Capacidad legal: Habilidad reconocida por la ley para tomar decisiones sobre la propia salud.

Profesional tratante: Médico o profesional de salud que realiza el procedimiento o tratamiento y tiene la responsabilidad de informar al paciente.

Consentimiento sustituto: Aceptación dada por un familiar o representante legal cuando el paciente no tiene capacidad para decidir.

Revocatoria del consentimiento: Derecho del paciente a retirar su aceptación en cualquier momento, antes o durante la ejecución del procedimiento.

7. ENFOQUE DIFERENCIAL

El desarrollo progresivo del principio de igualdad y no discriminación para todas las personas son iguales ante ley, de acuerdo con su condición de clase, género, grupo étnico, edad, salud física o mental, condición o situación de discapacidad y orientación sexual. Por

lo anterior, para que la igualdad sea efectiva, el reconocimiento, el respeto, la protección, la garantía de derechos y el trato deben estar acordes con las particularidades propias de cada individuo. En consecuencia, el acceso a la Seguridad Social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano tal como lo manifiesta la norma en la Ley 1438 en el artículo 3 ítem 3.3.

La E.S.E Hospital Jorge Isaac Rincón Torres La Jagua de Ibirico-Cesar, reconoce la existencia de grupos poblaciones que por diferentes condiciones sociales, culturales, económicas y de salud.

requieren una especial atención, haciendo énfasis en la igualdad de oportunidades desde la diferencia, la diversidad y la no discriminación. Se desarrollan por grupo poblacional así:

- **Personas en situación o condición de discapacidad:** Las personas en situación de discapacidad son personas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad.

- **Orientación sexual e identidad de género:** La orientación sexual es diferente al género y la identidad de género. La orientación sexual se refiere a quien te atrae y a quien sientes atracción romántica, emocional y sexual. Mientras que la identidad de género no se trata de hacia quien sientes atracción, sino de quién eres: hombre, mujer genderqueer, etc.

- **Víctimas del conflicto armado:** Toda persona que individual o colectivamente hayan sufrido un daño de manera directa por hechos que guarden relación con el conflicto armado, ocurridos a partir del 1 enero de 1985.

- **Población migrante:** Personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño de manera directa por hechos que guarden relación con el conflicto armado, ocurridos a partir del 1 enero de 1985.

- **Etnia:** Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.

- **Adulto mayor:** A efectos administrativos y estadísticos, se considera como ancianos a las personas mayores de 60 o 65 años.

- **Mujeres gestantes:** Mujer embarazada, durante periodo de 280 días.

- **Habitantes de la calle:** familia en condición de habitabilidad en calle son aquellas "sin una morada que llevan sus pocas pertenencias con ellos, que duermen en las calles, andenes, bajo puentes, o en cualquier otro espacio, sobre una base más o menos al azar.

8. DISPOSICIONES GENERALES

Debe tener en cuenta que el conocimiento informado:

- Debe ser PREVIO a la realización de procedimientos clínicos y/o terapéuticos

- Debe tener claramente registrado el PROCEDIMIENTO A REALIZAR, sus ventajas, riesgos y/o las complicaciones que se puedan derivar del mismo y los cuidados que debe tener el paciente posterior al procedimiento. Del mismo modo debe explicarse el motivo de hospitalización y plan de tratamiento.

- Debe ser firmado una vez que los interesados reciban del o de los profesionales tratantes, la información total, completa y comprensible de manera verbal y se registra en el formato establecido, sobre los objetivos, la conveniencia, ventajas, riesgos que se pueden derivar y las alternativas de la realización de las actividades enunciadas y la opción claramente especifica de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

- Debe ser **FIRMADO POR EL PACIENTE,** si este es mayor de edad, o por sus padres o representantes legales en caso de tratarse de menores de edad o con patologías o limitaciones que le impidan discernir con plena conciencia y raciocinio.

- Debe ser **FIRMADO POR EL PRESTADOR** de servicios de salud que realizada el o los procedimientos descritos en el documento relacionado.

- El formato se debe incorporar en la historia clínica Se debe registrar en la historia clínica diligenciamiento en físico del consentimiento informado.

- En caso de que el paciente con trastorno de la salud mental, exista falta de familiares o responsables, y requiera un procedimiento Y/O tratamiento médico, que bajo criterio médico y ético, se podrá realizar la actividad con el acompañamiento de otro profesional de la salud y con el registro de la observación en la historia clínica.

- **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO NO DEBE CONTENER:**

✓ Liberación anticipada de responsabilidades al profesional tratante

✓ Otras autorizaciones no relacionadas con el o los procedimientos que se van a realizar

✓ Compromiso económico sobre honorarios y pagos al profesional o IPS

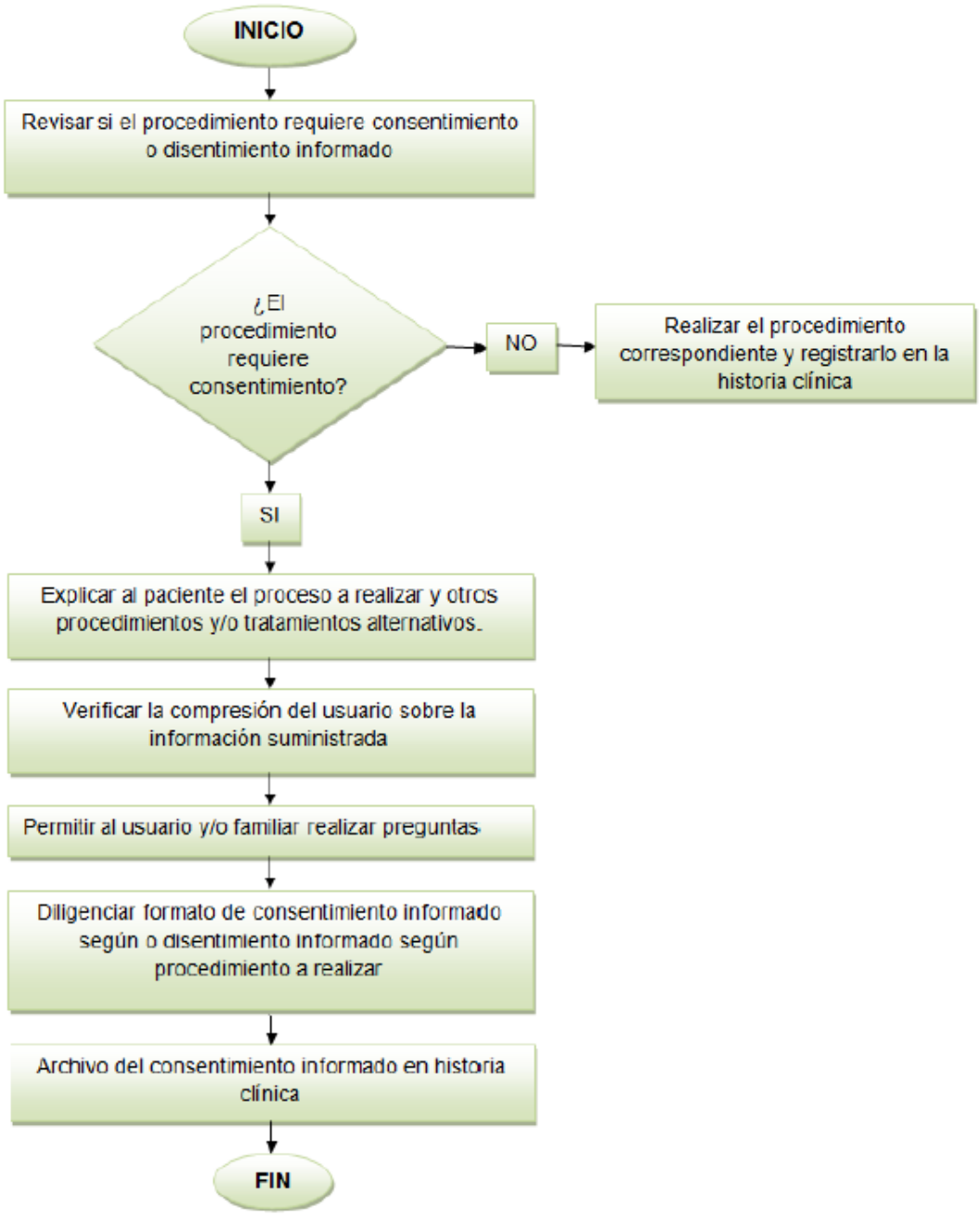
9. PROCEDIMIENTO

No	QUE (Actividad)	QUIEN (responsable)	COMO (Descripción)	PUNTOS DE CONTROL
1	Revisar si el procedimiento o tratamiento requiere consentimiento informado o disentimiento informado	Médicos, enfermeras, odontólogo, fisioterapeutas, bacteriólogos y auxiliar de enfermería.	Verifique en este documento si el procedimiento o el tratamiento a realizar exige consentimiento informado y cuál es el formato a diligenciar. Si el procedimiento o tratamiento requiere consentimiento, continuar con la actividad N°2 Nota: si el procedimiento no requiere consentimiento informado o disentimiento, realizar el procedimiento correspondiente y registrarlo en historia clínica.	Revisar consentimiento informado
2	Explicar al paciente el procedimiento, o tratamiento a realizar	Médicos, enfermeras, odontólogo, fisioterapeutas, bacteriólogos y auxiliar de enfermería.	El profesional o auxiliar debe explicar en qué consiste el tratamiento o procedimiento a realizar. Comunicar procedimiento, ventaja, riesgos y/o complicaciones que se puedan derivar frente a la ejecución o no ejecución del procedimiento y o tratamiento de forma sencilla, clara y completa.	Formato de consentimiento informado firmado por usuario y/o familiar.

3	Verificar comprensión del usuario de la información presentada	Médicos, enfermeras, odontólogo, fisioterapeutas, bacteriólogos y auxiliar de enfermería.	Preguntar al usuario la comprensión en su totalidad de la información presentada por el profesional frente al tratamiento o procedimiento a realizar.	Formato de consentimiento informado firmado por usuario y/o familiar.
4	Permitir al usuario y/o familiar realizar preguntas y aclarar dudas sobre la actividad(es), procedimiento(s), o plan de tratamiento	Médicos, enfermeras, odontólogo, fisioterapeutas, bacteriólogos y auxiliar de enfermería.	Responder a usuario en forma compresible las dudas y preguntas presentadas, de forma sencilla, clara y completa.	Formato de consentimiento informado firmado por usuario y/o familiar.
5	Diligenciar formato de consentimiento o disentimiento informado.	Médicos, enfermeras, odontólogo, fisioterapeutas, bacteriólogos y auxiliar de enfermería.	Registrar en el formato institucional de consentimiento informado todos los ítems. Solicitar el número o documento de identidad y la firma o huella tanto del paciente como del responsable del mismo. I acepta o no la realización del tratamiento y/o procedimiento. Así mismo el profesional debe firmar, registrar el documento de identidad y el número de registro médico. Si el paciente disiente del procedimiento, se realizará el resto de la atención según la pertinencia.	Documento firmado por parte del usuario o familiar. Firma en el documento por el profesional. Si el usuario no sabe firmar se colocará la huella digital.

6	Archivar en la historia clínica	Médicos, enfermeras, odontólogo, fisioterapeutas, bacteriólogos y auxiliar de enfermería.	El consentimiento informado debidamente diligenciado se debe archivar en la historia clínica y ser custodiada con estas	

10. FLUJOGRAMA



11. CONTROL DE CAMBIOS

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	**Fecha**	**Descripción de cambios realizados**
01	03/07/2019	Creación del Protocolo de consentimiento informado
02	02/10/2025	Modificación del Protocolo de consentimiento informado

12. ANEXO No 01 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	VIGENCIA:02/10/2025
		CODIGO:ES-GCA-MEC-PTC-006-F-01
	PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	VERSION:2
		PAGINA: Página 1 de 1

En cumplimiento de la Ley 23 de 1981Yo _____

Con cédula de ciudadanía_____

En calidad de madre o representante del niño(a) _____

Declaro:

1. Por medio del presente documento, en forma libre en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones he recibido información por parte de equipo médico y otorgo el consentimiento para el personal de enfermería practique procedimientos ordenados por médicos tratantes.
2. Algunos de los procedimientos son toma de muestras, terapias respiratorias, curaciones, canalización de venas, administración de medicamentos (I.V-I.M-Orales etc.), curaciones, colocación de sonda nasogástrica, colocación de sonda vesical y otros que sean ordenados.
3. Estoy en conocimiento que, aunque son seguros, pueden presentarse complicaciones como: Infecciones, Dolor local, edema, sangrados, y otros.
4. Declaro haber sido advertido(a) por el personal sobre riesgos y beneficios de procedimientos, y que la práctica de los mismos compromete una actividad propia del diagnóstico y/o tratamiento terapéutico, pero no de resultado.
5. Certifico que el documento ha sido leído y entendido en su integridad por mi y que las dudas e interrogantes que he formulado han sido resueltos de manera clara sobre el tema de mi interés.

Por lo anterior doy constancia de haber sido informado a satisfacción sobre el tema, y de manera libre y autónoma doy **CONSENTIMIENTO**_____ **DISENTIMIENTO**_____
Entendiendo y aceptado lo anteriormente explicado.

Firma del Paciente o representante que recibe el consentimiento:

_____

C.C.

Firma y sello de profesional que da la información:

Ciudad, Fecha y Hora

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

13. ANEXO No 02 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	VIGENCIA:02/10/2025
		CÓDIGO:ES-GCA-MEC-PTC-004-F-02
	PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA	VERSION:1
		PAGINA: Página 1 de 1

En cumplimiento de la Ley 23 de 1981

Yo _____

Con cédula de ciudadanía_____

En calidad de madre o representante del niño(a) _____

Hago constar que he recibido información y he entendido los siguientes aspectos:

1. He recibido del/la Odontólogo/a toda la información necesaria, de forma confidencial, clara, comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos, procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso que se deriva de la demanda que al mismo he formulado, una vez efectuada la inicial valoración profesional que al mismo/a corresponde, aplicándose al efecto la obligación de confidencialidad y el resto de los preceptos que rigen en el Código Deontológico y normas de deontología profesional de la Odontología. Así mismo reconozco expresamente que el odontólogo/a me ha informado de la necesidad de informar al otro/a padre/madre respecto de la intervención solicitada para lo cual el/la solicitante se compromete a comunicárselo, eximiendo al odontólogo/a de realizar tal comunicación, por expresado motivo.
2. Declaro que he sido advertido por el profesional sobre los riesgos y beneficios del procedimiento y que la práctica del mismo, compromete una actividad médica en el campo de diagnóstico y/o terapéutico, pero no de resultado.
3. Que, una vez valorada la necesidad del tratamiento o intervención precisa, de la que he recibido información en los términos antes indicados, ACUERDO Y COMPROMETO con el Odontólogo/a que suscribe este documento, que será solo él/ella quien se encargará de prestarlo, conforme a indicada información.

   Tomando ello en consideración, por el presente documento, expresamente **AUTORIZO y COMPROMETO**, con el/la Odontólogo para realizar la citada intervención profesional, y OTORGO mi expreso CONSENTIMIENTO para que realice las indicadas intervenciones:

Firma del Paciente o representante _____

C.C. _____

Firma de profesional que da la información _____

Ciudad, Fecha y Hora _____

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

14. ANEXO No 03 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS DE CITOLOGIA

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	VIGENCIA:02/10/2025
		CÓDIGO:ES-GCA-MEC-PTC-004-F-03
	PARA TOMA DE CITOLOGÍA CÉRVICO – UTERINA	VERSION:2
		PAGINA: Página 1 de 1

Fecha: _____

Nombre: _____
Número de Identificación: _____

En forma voluntaria consiento, que el funcionario: _____, de la: **ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES**, me realice la toma de la Citología Cérvico Uterina y el profesional me ha informado sobre la naturaleza y propósitos de este procedimiento, también me han aclarado las dudas y me han dicho las ventajas y desventajas del estudio.

Debo notificar al profesional de la salud la toma previa de Citología, la fecha de última menstruación, sospecha de embarazo, sangrados o tratamientos previos como histerectomía, crioterapias o enfermedades que puedan alterar el resultado.

La toma de Citología Cérvico Uterina es un examen que se realiza a las mujeres y consiste en tomar una pequeña muestra de tejido del cuello del útero; Endocervical y Exocervical para será analizada en el laboratorio de citología, con el fin de detectar la presencia de células anormales o cancerosas.
Comprendo perfectamente que el procedimiento consiste en la toma de muestra de Citología Cérvico Uterina, que se va a realizar con un espéculo desechable en donde se toma una muestra con un citocepillo de la zona Endocervical (centro del cuello uterino) y con una espátula se toma una muestra Exocervical (de alrededor del cuello del útero), lo anterior se fija en una placa para posteriormente llevarlo a lectura.
Es posible que la citología genere incomodidad pélvica, molestia, sangrado, pero es un procedimiento rápido y no doloroso.
El promedio de entrega del resultado es de 8 días hábiles después de la toma. Luego de tener el resultado es importante que sea valorado por médico general o ginecólogo para que determine tratamiento y/o control.
En caso de pacientes que no han tenido vida sexual activa, pero el médico o especialista solicita la citología, es de aclarar que puede presentar rompimiento de himen, sangrado genital.
Pacientes menores de edad deben estar acompañadas de un adulto responsable como autorización a realizar la citología cervicouterina.

Doy mi consentimiento y/o autorizo para que me realicen la toma de muestra de Citología Cérvico Uterina en constancia firmo,

Firma del Paciente o Responsable: _____

Número y tipo de Identificación: _____

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

15. ANEXO No 03 FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO ATENCION DEL PARTO

ESE HOSPITAL JORGE ISAAC RINCÓN TORRES	FORMATO CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO	VIGENCIA02/10/2025
		CODIGO:ES-GCA-MEC-PTC-004-F-04
	PARA ATENCION DEL PARTO	VERSION:2
		PAGINA: Página 1 de 5

Fecha de diligenciamiento: _____ |

No. De Historia Clínica _____**Servicio**_____

El consentimiento informado es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente y garantizar su derecho a la comunicación, información, participación y consentimiento. Es un deber ético del profesional de la salud informar adecuada y oportunamente al paciente los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, médicos y/o quirúrgicos a los cuales será sometido. Esta actividad se realiza con anticipación a la ejecución del procedimiento o internación. (Ley 23 de 1981 Art. 15; Decreto Reglamentario 3380 de 1981 Art.12). El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere necesarias y a que sus inquietudes sean resueltas, así como decidir libremente si se somete al tratamiento propuesto, sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción.

ALCANCE DE ESTE CONSENTIMIENTO O PROCEDIMIENTOS QUE APLICA

Los riesgos, beneficios, alternativas aplican para los siguientes procedimientos (marque con X)

PARTO VAGINAL		PARTO INSTRUMENTADO	

DEFINICIÓN DEL PROCEDIMIENTO MEDICO

1. PARTO VAGINAL: es el procedimiento por el cual se obtiene el recién nacido por la vagina
2. PARTO INSTRUMENTADO: consiste en ayudar con unos instrumentos médicos (cucharas) en el momento del pujo previo a la salida del bebe del canal de parto.

** Se deja constancia en este documento que se le brinda información a la paciente sobre el derecho a un acompañante significativo de manera permanente durante su trabajo de parto y en la atención del parte. Que entrara a la sala de atención del parto si ella lo desea para realizar el apoyo emocional.

RIESGOS A LOS CUALES ESTA EXPUESTO CON LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Infección de la vía urinaria o la vejiga (cistitis).
2. Lesión de órgano vecino
3. Hematomas (sangre contenida en la herida quirúrgica)
4. Hospitalización prolongada por hemorragias graves en el momento de la intervención que puede llegar a precisar transfusión sanguínea o intervenciones secundarias como revisión uterina o cirugías abdominales (laparotomía exploratoria) o necesidad de histerectomía abdominal total por persistencia del sangrado vaginal o de complicaciones
5. Necesidad de unidad de cuidados intensivos
6. Daños quirúrgicos a la vejiga o uréteres (los tubos estrechos que conducen la orina de los riñones a la vejiga) u otros órganos en la vecindad que requiera la colocación de sonda vesical por tiempo prolongado o múltiples reintervenciones posteriores riesgos de fistulas (comunicación entre órganos vagina – vejiga, vagina - recto o la cúpula vaginal con la vagina vejiga o recto, problemas obstructivos intestinales
7. Desgarros perineales grado I – II - III - IV: es probable que la vagina y los tejidos circundantes se desgarren, pueden sanar por si solo o necesitar puntos de sutura
8. Dolor con las relaciones sexuales después del parto vaginal - Dolor pélvico crónico posteriores al procedimiento

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

9. Incontinencia urinaria (salida de orina)
10. Incontinencia fecal (salida de heces no controladas)
11. Dehiscencias de la episiorrafia (si se realiza)
12. Cierre por segunda intención de la episiorrafia (si se realiza)
13. Cicatrices a nivel del periné con compromiso estético a corto mediano o largo plazo
14. Seroma (liquido dentro de la herida quirúrgica)
15. Necesidad de remisión a tercer nivel de atención según complejidad de las complicaciones
16. Infecciones posparto tales como (endometritis, miometritis) que requieran segundas intervenciones médicas y/o quirúrgicas
17. Riesgo de muerte con el procedimiento.

RIESGOS PARA EL BEBE:

DIFICULTAD RESPIRATORIA POR problemas **con el cordón umbilical**: el cordón umbilical puede quedar atrapado en un brazo o pierna a medida que él bebe se mueve a través del canal de parto.
Lesión fetal secundaria a manipulación durante el parto y / o instrumentación y / o cesárea
Frecuencia cardiaca anormal del bebe: muchas veces una frecuencia cardiaca anormal durante el trabajo de parto no significa problema, se puede solucionar con cambio de posición para mejorar el flujo de sangre, si es un problema mayor puede requerir cesárea de emergencia o realizar episiotomía.
Asfixia perinatal: ocurre cuando el feto no recibe suficiente oxígeno en el útero o él bebe no recibe suficiente oxigeno durante el trabajo de parto o justo después de nacer.

Fracturas Oseas (clavícula, cráneo, miembros superiores e inferiores,)

Lesiones neurológicas fetales (lesión del plexo braquial)

Distocia de hombros: en esta situación la cabeza del bebe ha salido de la vagina, pero uno de sus hombros se ha atascado puede causar generar fractura de escapula

Muerte fetal durante el trabajo de parto

RIESGOS O CONSECUENCIAS DE LA NO REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. complicaciones maternas o fetales derivadas de la no atención del parto
2. muerte materna
3. muerte fetal

RIESGOS PERSONALIZADOS:

_____
_____
_____
_____

BENEFICIOS

1. Atención del parto
2. Otro_____

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: NO APLICA

¿COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN BRINDADA? Sí _____ No _____

Yo; _____ mayor de edad e identificado con CC. _____de _____actuando en nombre del propio, en concordancia del texto anterior y por artículo 1502 del código civil DECLARO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA que he comprendido el texto anterior y por lo tanto; AUTORIZO que se me realice el procedimiento de _____ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

En constancia firman:

Nombres	NOMBRE	IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA
Paciente			
Médico o profesional que realiza el procedimiento			

DECLARACIÓN EN CASO DE INCAPACIDAD MENTAL, LEGAL O FISICA

Yo; _____, identificado con C.C. N°_____ de _____ como responsable del paciente _____, teniendo la calidad de _____, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de_____ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	FIRMA O HUELLA
Acudiente o responsable del paciente			
Médico o profesional que realiza el procedimiento			

DECLARACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA O URGENCIA VITAL

En casos de urgencia o emergencia, en los que se requiera intervención inmediata, y que la no realización del procedimiento requerido implique riesgo de muerte o secuela funcional grave para el paciente, y éste no se encuentre en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su familiar, o quien se encuentre a su cuidado.

En los casos antes mencionados, el profesional médico o especialista deberá brindar toda la información a familiares, acompañantes o tutores, quienes deberán firmar en representación del usuario. En caso de paciente sin acompañante o sin red de apoyo, firmará el medico más un testigo.

Cra 1E No 6-38 La Jagua de Ibirico-Cesar teléfono: 5769055 hosjagua@hotmail.com

Yo: _____, identificado con C.C. N°_____ de: _____ como testigo de la atención del paciente _____, teniendo la calidad de _____, declaro que he suscrito el presente consentimiento informado, en su nombre y representación, dada su incapacidad para suscribir este documento y que estoy de acuerdo con lo estipulado en el presente documento y AUTORIZO que se le realice el procedimiento de_____ así mismo a variar el procedimiento para el que he dado el consentimiento en el mismo acto si ello fuera imprescindible. En constancia firman:

	NOMBRE	IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA
Acudiente o responsable del paciente si existe			
Profesional o testigo			
Médico o profesional que realiza el procedimiento			

DECLARACIÓN EN CASO DE DESACUERDO.

Si usted **NO DESEA** que se le realice el procedimiento, es también un derecho que debe respetar, por lo tanto, dejo firmado como constancia de mi decisión, así las cosas: **NO AUTORIZO** la realización del procedimiento y renuncio a sus beneficios, haciéndome responsable de las posibles complicaciones o Riesgos para mi salud de la no ejecución.

Indique las causas del disentimiento:

_____
_____
_____
_____
_____

	NOMBRE	IDENTIFICACION	FIRMA O HUELLA
Paciente			
Acudiente o responsable del paciente			
Médico o profesional asistencial			

RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO:
1.Dieta normal baja en grasas y azucares rica en fibras 2. Ejercicio de piso pélvico 3.Toma de medicamentos analgésicos o antibióticos 4. Control posoperatorio en un plazo de 10 días

Accesibilidad: todo correcto