

## **Consentimiento Informado para Cerclaje**

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en la colocación de unos puntos de sutura alrededor del cuello uterino, tratando de cerrarlo para que el bebé permanezca adentro y evitar que se produzca un aborto.

Esta cirugía no garantiza el nacimiento de un bebé de término o completamente sano, se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta. Entiendo que todo lo que harán será colocar los puntos muy cuidadosamente haciendo lo mejor tanto para la madre como para el feto, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

He sido informada y entiendo que como en toda cirugía, y por causas independientes del actuar de mi médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones de un cerclaje: contracciones uterinas, sangrado, infecciones, desgarros del cuello uterino, ruptura de la bolsa amniótica con pérdida fetal y parto prematuro.

También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como: pelvis peritonitis, ruptura uterina, hemorragia, trombosis o muerte que aunque son poco frecuentes representan, como en toda intervención quirúrgica, un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Entiendo que para este procedimiento se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CERCLAJE.

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y  
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,  
CONSULTE CON SU MÉDICO**