

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (Si corresponde primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

#### Objetivos

Este procedimiento permite visualizar posibles lesiones sospechosas y tomar una muestra pequeña (biopsia) para posteriormente ser analizada por un anatomopatólogo.

#### Características

Es un examen del cuello del útero, vagina y vulva, similar a la toma de citología cervicovaginal (PAP), donde se realiza observación con un microscopio especial que permite visualizar los cambios ocurridos en el cuello del útero.

#### Riesgos

En general, esta exploración no tiene ningún riesgo, puede ser incómoda la exploración ginecológica, dado que en algunos casos se prolonga en tiempo.

Algunos riesgos descritos son:

- Sangrado y dolor durante el procedimiento
- Molestias producidas por las soluciones aplicadas
- Calambres, hormigueo o leve dolor
- Sangrado mínimo durante varios días

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y de los riesgos de realizar o no el procedimiento. Igualmente, acerca de los riesgos que ello conlleva y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado. También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **COLPOSCOPIA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal