

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

En mi caso es necesario proceder a la inducción de mi parto y que lo que se va a efectuar es la finalización de la gestación por causas médicas u obstétricas, bajo vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal.

Características

La inducción del parto se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de cada caso, quedando a juicio de su médico obstetra tratante tanto la oportunidad de su indicación como la elección del método empleado, siendo los más frecuentes, en forma individual o combinada:

- Rotura de la bolsa amniótica
- Administración intracervical de gel de prostaglandinas para mejorar la maduración del cuello uterino
- Administración endovenosa de oxitocina

Riesgos

Algunos de estos riesgos son:

- Infección materna o fetal
- Sufrimiento fetal
- Fracaso de la inducción
- Prolapso del cordón
- Rotura uterina, complicación en general muy infrecuente

La presencia de alguna posible complicación conlleva habitualmente a la realización de una cesárea abdominal para la salvaguarda de la vida de la madre y del niño.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan 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 **INDUCCIÓN DEL PARTO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal