

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

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 **COLPOSCOPÍA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal