

	<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>CÓDIGO</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN PELVICO</b>	<b>FO-CE-010-V001</b>
		<b>Página 1 de 3</b>

## CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN PELVICO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos del Paciente: \_\_\_\_\_

TD: \_\_\_\_\_ No. Documento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### EXAMEN PÉLVICO:

El examen pélvico es parte de la evaluación que se les practica a las mujeres que presentan varias patologías comunes, como dolor pélvico, sangrado anormal, secreciones vaginales y problemas para tener relaciones sexuales.

El examen pélvico consta de una evaluación de los órganos genitales externos e internos como útero, cérvix y anexos.

El examen pélvico se practica a menudo a mujeres asintomáticas cuando se les examina para descartar un cáncer ginecológico, infecciones o enfermedad inflamatoria pélvica.

Algunos de los posibles beneficios de un examen pélvico son la detección de cánceres y lesiones vulvares, vaginales, cervicales, uterinos y de ovario, masas y varias alarmas de infecciones como vaginosis bacteriana y por candidiasis, tricomoniasis y herpes genital, detección temprana de patologías ginecológicas, así como hallazgos imprevistos como cambios dermatológicos y cuerpos extraños. Además, los exámenes pélvicos de despistaje en mujeres sanas permiten a los ginecólogos explicar a la paciente su anatomía, aclararle que su condición es normal y responder a sus preguntas específicas.

### PREPARACIÓN:

En las consultas con su especialista en Ginecología, se realizará una historia clínica para reconocer posibles patologías asociadas, factores de riesgo e historia clínica específica.

Informe a su médico especialista si usted padece alguna de las siguientes condiciones:

- ✓ Sangrado anormal, dolor pélvico, problemas para tener relaciones sexuales, prolapso o “bulto” en la vagina, problemas para orinar o insertarse un tampón, entre otros.
- ✓ Biopsia endometrial o implantación de un dispositivo intrauterino.
- ✓ Antecedentes o una condición actual con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou, algún tipo de cáncer ginecológico o exposición a sustancias tóxicas.

	<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>CÓDIGO</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN PELVICO</b>	<b>FO-CE-010-V001</b>
		<b>Página 2 de 3</b>

**RECOMENDACIONES POST PROCEDIMIENTO:**

Los cuidados después de un examen Pélvico son sencillos, ya que debe realizarse una vida totalmente normal. En todo caso, si después de la prueba persiste un cierto dolor o calambres, es aconsejable tomar un calmante o analgésico.

**CONTROLES:**

Los controles son determinados por el Especialista en Ginecología.

**RIESGOS:**

La realización de un examen pélvico no comporta ningún riesgo. En ocasiones pueden producirse pequeños sangrados de la toma exocervical que suelen ser muy escasos y como máximo de 1 día de duración.

**POSIBLES COMPLICACIONES:**

Tras el examen es posible sangrar un poco, pero si ocurre, el sangrado es mínimo.

**DECLARACIÓN Y FIRMAS**

YO, \_\_\_\_\_ DECLARO:

1. Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
2. Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el procedimiento propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
3. Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
4. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

	<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>CÓDIGO</b>
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN PELVICO</b>	<b>FO-CE-010-V001</b>
		<b>Página 3 de 3</b>

**DATOS DEL MÉDICO /ESPECIALISTA:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_

**NEGACIÓN (RECHAZO)**

Aun cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que este procedimiento significa, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de este procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

**DESESTIMIENTO**

REVOCO el consentimiento dado para la realización de este procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente \_\_\_\_\_)

**PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Tipo y No. Documento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_