



GUÍA DE LLENADO DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTOS GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS.

Fundamento Legal de la Carta de Consentimiento Informado.

La Carta de Consentimiento informado se rige en la **NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el lunes 15 de octubre de 2012.

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, en esta norma se ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

Guía de llenado.

De acuerdo con la **NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico**, las Cartas de consentimiento informado:

10.1.1 Deberán contener como mínimo:

10.1.1.1 Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

- *Anotar claramente y sin abreviaturas el nombre de la institución pública o privada a la que pertenezca el establecimiento hospitalario donde se llevara a cabo el procedimiento. Ejemplo: Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salud, Grupo Ángeles, etcétera. Si no perteneciera a institución, patronato, asociación o grupo alguno; anotar "ninguna".*

10.1.1.2 Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

- *Poner el nombre de la clínica u hospital, ejemplo: Hospital General de zona número 8.*

10.1.1.3 Título del documento;

- *Anotar claramente y sin abreviaturas, el nombre del procedimiento o procedimientos a realizar.*

10.1.1.4 Lugar y fecha en que se emite;

- *Es el lugar y el momento en que se firma el documento, no se refiere a la fecha del acto médico o quirúrgico.*

10.1.1.5 Acto autorizado;

- *Para actos ginecológicos u obstétricos debe expresarse el nombre del procedimiento y describirlo claramente, por ejemplo: si el acto autorizado es una biopsia de cérvix uterino, se debe anotar el nombre en el lugar correspondiente y describirlo como el corte de una pequeña parte de la zona enferma y que requiere de un estudio con el microscopio. O describir la episiotomía como un corte en el periné para facilitar la salida del producto evitando el desgarro perineal.*

10.1.1.6 Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

- *Siguiendo el ejemplo de la biopsia de cérvix, debe explicarse la posibilidad de que se presente dolor y hemorragia posterior al procedimiento. Es oportuno resaltar que el beneficio del procedimiento es para tener un diagnóstico y establecer el tratamiento que sea más adecuado.*

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

En el otro ejemplo, la episiotomía: es uno de los procedimientos requeridos para facilitar el nacimiento del producto y evitar lesiones en la madre,

10.1.1.7 Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva;

- *Ningún procedimiento esta exentó de incidentes en su realización, por ello se debe proporcionar la información suficiente a la paciente para que se incluya la autorización para las medidas que se requieran.*

10.1.1.8 Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal;

- *Esta información es muy importante, debe estar completa y legible, se recomienda que para los procedimientos programados se haga con anticipación en el consultorio, evitar el llenado camino a la sala de operaciones o en el área quirúrgica.*

10.1.1.9 Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante.

- *Los datos del médico que recaba el consentimiento y del médico tratante.*

10.1.1.10 Nombre completo y firma de dos testigos.

- *La recomendación es que uno de los testigos sea un familiar de la paciente y el otro por parte del médico que puede ser el personal de salud.*

10.1.2 Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:

10.1.2.1 Ingreso hospitalario;

10.1.2.2 Procedimientos de cirugía mayor;

10.1.2.3 Procedimientos que requieren anestesia general o regional;

10.1.2.4 Salpingoclasia y vasectomía;

10.1.2.5 Donación de órganos, tejidos y trasplantes;

10.1.2.6 Investigación clínica en seres humanos;

10.1.2.7 Necropsia hospitalaria;

10.1.2.8 Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;

10.1.2.9 Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.3 El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento informado adicionales a las previstas en el numeral 10.1.2, cuando lo estime pertinente, sin que, para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

10.1.4 En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

ARTICULO 81 de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.- En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizadas del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTOS GINECOLÓGICOS

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENEZCA EL ESTABLECIMIENTO, (EN SU CASO)
(Punto 10.1.1.1*)

NOMBRE, RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO
(Punto 10.1.1.2*)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA: _____

TÍTULO DEL DOCUMENTO
(Punto 10.1.1.3*)

_____ A _____ DE _____ DE _____
LUGAR Y FECHA EN QUE SE EMITE: (Punto 10.1.1.4*)

Con la presente, la suscrita, _____,
NOMBRE DE LA PACIENTE. COMO CONSTA EN IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE

en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, declaro en forma libre y voluntaria lo siguiente:

Que doy mi pleno consentimiento y por ende mi autorización para la realización del acto médico denominado _____,
ACTO AUTORIZADO (Punto 10.1.1.5*)

esencialmente en _____
DESCRIPCIÓN CLARA Y CONCRETA DEL ACTO A REALIZAR

_____ ; dado que los médicos

tratantes han hecho de mi conocimiento y explicado de manera clara, precisa y oportuna todos y cada uno de los riesgos, complicaciones y beneficios que en consecuencia se pueden derivar a corto, mediano y largo plazo, los cuales entre otros, son:

SEÑALAMIENTO DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS (Punto 10.1.1.6*)

- Hemorrágicos.
- Infecciosos.
- De daño a órganos vecinos o cercanos.
- De efectos adversos a fármacos
- Y demás inherentes al acto quirúrgico.

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Complicaciones: (DESCRIBIR DE MANERA CLARA Y CONCRETA)

Beneficios esperados: (DESCRIBIR DE MANERA CLARA Y CONCRETA)

Asimismo, comprendo y soy consciente que “NO EXISTEN GARANTÍAS ABSOLUTAS” de los resultados del acto autorizado, dado que es un hecho conocido por mí que la ciencia médica no es exacta, por lo que en caso de presentarse alguna contingencia y/o urgencia que ponga en riesgo la salud y/o integridad física de la suscrita paciente, autorizo y otorgo pleno consentimiento al médico Gineco-Obstetra para que realice todas las acciones
AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS Y URGENCIAS (Punto 10.1.1.7*)
que estime pertinentes atendiendo al principio de libertad prescriptiva, en el entendido de que las medidas que se tomen siempre serán tanto para salvaguardar y estabilizar de mi salud y mi vida.

HORA DE LA FIRMA DEL PACIENTE: _____

<p>Si la salud de la paciente <u>SÍ</u> le permite decidir:</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>DE LA PACIENTE</p> <p>Firma: _____</p> <p>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PACIENTE (10.1.1.8*)</p>	<p>Si la salud de la paciente <u>NO</u> lo permite decidir:</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>DEL FAMILIAR MAS CERCANO, DEL TUTOR O DEL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Firma: _____</p> <p>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DEL FAMILIAR MAS CERCANO; DEL TUTOR, O REPRESENTANTE LEGAL (10.1.1.8*)</p>
<p>Médico que proporciona la información y recaba el presente consentimiento:</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN</p> <p>Firma: _____</p> <p>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN Y RECABA EL CONSENTIMIENTO (10.1.1.9*)</p>	<p>En su caso Médico Tratante (SE RECOMIENDA REQUISITAR):</p> <p>Nombre completo: _____</p> <p>DEL MÉDICO TRATANTE</p> <p>Firma: _____</p> <p>DATOS DEL MÉDICO TRATANTE (10.1.1.9*)</p>

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

TESTIGOS	
<p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Firma: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE DOS TESTIGOS (10.1.1.10*)</p>	<p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Firma: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE DOS TESTIGOS (10.1.1.10*)</p>

**NO ACEPTO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
Y FIRMÓ MI NEGATIVA**

Una vez que me fueron explicados los riesgos, complicaciones y beneficios esperados a corto, mediano y largo plazo, manifiesto "MI NEGATIVA" para que se realice el acto médico especificado. Por consecuencia, entiendo que con la presente negativa, el médico Gineco-Obstetra no podrá realizar el acto médico precisado, por lo que dejo sin responsabilidad legal alguna por cualquier daño o deterioro a mi salud que pueda existir derivado de esta determinación propia, tanto al Gineco-Obstetra, como a todo el personal que se haya designado para el acto médico que ya no se realizará.

HORA DE LA FIRMA DEL PACIENTE: _____

<p style="text-align: center;">Si la salud de la paciente <u>SÍ</u> le permite decidir:</p> <p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">DE LA PACIENTE</p> <p>Firma: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PACIENTE</p>	<p style="text-align: center;">Si la salud de la paciente <u>NO</u> lo permite decidir:</p> <p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">DEL FAMILIAR MAS CERCANO, DEL TUTOR O DEL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Firma: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL DEL FAMILIAR MAS CERCANO; DEL TUTOR, O REPRESENTANTE LEGAL</p>
---	--

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**LA PACIENTE MANIFIESTA SU NEGATIVA A FIRMAR EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO Y SE NIEGA A FIRMAR SU NEGATIVA**

El suscrito médico Gineco-Obstetra _____, manifiesto que la paciente de nombre _____, con el siguiente diagnóstico _____, una vez que le fueron explicados los riesgos, complicaciones y beneficios esperados a corto, mediano y largo plazo, del acto médico descrito en el presente documento, manifestó verbalmente su negativa para que se le realizara el acto médico citado, asimismo, se le explicó y entendió que con su negativa deja sin responsabilidad legal alguna por cualquier daño o deterioro a su salud que pueda existir derivado de su negativa, tanto al suscrito, como a todo el personal que se haya designado para el acto médico que ya no se realizará; sin embargo, la paciente se niega al firmar el presente documento, por tal razón, el signante ante la presencia de dos testigos, deja constancia de la negativa de la paciente a firmar el presente consentimiento informado.

HORA DE LA FIRMA DEL MÉDICO Y DE LOS TESTIGOS: _____

MEDICO GINECO-OBSTETRA

Nombre completo:

Firma: _____

TESTIGOS	
Nombre completo: _____	Nombre completo: _____
Firma: _____	Firma: _____

Documento revisado y avalado por el área Jurídica de la FEMECOG. 18 de marzo de 2015.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTOS OBSTÉTRICOS

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENEZCA EL ESTABLECIMIENTO, (EN SU CASO)
(Punto 10.1.1.1*)

NOMBRE, RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL DEL ESTABLECIMIENTO
(Punto 10.1.1.2*)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA: _____
TÍTULO DEL DOCUMENTO
(Punto 10.1.1.3*)

_____ A _____ DE _____ DE _____
LUGAR Y FECHA EN QUE SE EMITE: (Punto 10.1.1.4*)

Con la presente, la suscrita, _____,
NOMBRE DE LA PACIENTE. COMO CONSTA EN IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE

en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, declaro en forma libre y voluntaria lo siguiente:

Que doy mi pleno consentimiento y por ende mi autorización para la realización del acto médico denominado _____,
ACTO AUTORIZADO (Punto 10.1.1.5*)

esencialmente en _____
DESCRIPCIÓN CLARA Y CONCRETA DEL ACTO A REALIZAR

_____ ; dado que los médicos

tratantes han hecho de mi conocimiento y explicado de manera clara, precisa y oportuna todos y cada uno de los riesgos, complicaciones y beneficios que en consecuencia se pueden derivar a corto, mediano y largo plazo, los cuales entre otros, son:

SEÑALAMIENTO DE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS ESPERADOS (Punto 10.1.1.6*)

- Hemorrágicos.
- Infecciosos.
- De daño a órganos vecinos o cercanos.
- De efectos adversos a fármacos
- Y demás inherentes al acto quirúrgico.

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Complicaciones: (DESCRIBIR DE MANERA CLARA Y CONCRETA)

Beneficios esperados: (DESCRIBIR DE MANERA CLARA Y CONCRETA)

Asimismo, comprendo y soy consciente que “NO EXISTEN GARANTÍAS ABSOLUTAS” de los resultados del acto autorizado, dado que es un hecho conocido por mí que la ciencia médica no es exacta, por lo que en caso de presentarse alguna contingencia y/o urgencia que ponga en riesgo la salud y/o integridad física del binomio (madre/hijo) ya sea conjuntamente o en lo individual, autorizo y otorgo pleno consentimiento al médico Gineco-Obstetra para que realice todas las acciones que estime pertinentes atendiendo al principio de libertad prescriptiva, en el entendido de que

AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS Y URGENCIAS (Punto 10.1.1.7)*

las acciones que se realicen siempre serán para el mejoramiento de la salud del binomio (madre/hijo). La suscrita paciente otorgo desde ahora mi consentimiento para que se privilegie la vida e integridad física de la suscrita.

HORA DE LA FIRMA DEL PACIENTE: _____

<p>Si la salud de la paciente <u>SÍ</u> le permite decidir:</p> <p>Nombre completo:</p> <p>_____</p> <p>DE LA PACIENTE</p> <p>Firma:</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PACIENTE (10.1.1.8*)</p>	<p>Si la salud de la paciente <u>NO</u> lo permite decidir:</p> <p>Nombre completo:</p> <p>_____</p> <p>DEL FAMILIAR MAS CERCANO, DEL TUTOR O DEL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>Firma:</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR MAS CERCANO; DEL TUTOR, O REPRESENTANTE LEGAL (10.1.1.8*)</p>
<p>Médico que proporciona la información y recaba el presente consentimiento:</p> <p>Nombre completo:</p> <p>_____</p> <p>DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN</p> <p>Firma:</p> <p>_____</p> <p>NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL MÉDICO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN Y RECABA EL CONSENTIMIENTO (10.1.1.9*)</p>	<p>En su caso Médico Tratante (SE RECOMIENDA REQUISITAR):</p> <p>Nombre completo:</p> <p>_____</p> <p>DEL MÉDICO TRATANTE</p> <p>Firma:</p> <p>_____</p> <p>DATOS DEL MÉDICO TRATANTE (10.1.1.9*)</p>

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

TESTIGOS	
<p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center;">Firma:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE DOS TESTIGOS (10.1.1.10*)</p>	<p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center;">Firma:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE DOS TESTIGOS (10.1.1.10*)</p>

**NO ACEPTO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
Y FIRMÓ MI NEGATIVA**

Una vez que me fueron explicados los riesgos, complicaciones y beneficios esperados a corto, mediano y largo plazo, manifiesto “MI NEGATIVA” para que se realice el acto médico especificado. Por consecuencia, entiendo que con la presente negativa, el médico Gineco-Obstetra no podrá realizar el acto médico precisado, por lo que dejo sin responsabilidad legal alguna por cualquier daño o deterioro a la salud del binomio (madre/hijo) ya sea conjuntamente o en lo individual que pueda existir derivado de esta determinación propia, tanto al Gineco-Obstetra, como a todo el personal que se haya designado para el acto médico que ya no se realizará.

HORA DE LA FIRMA DEL PACIENTE: _____

<p style="text-align: center;">Si la salud de la paciente <u>Si</u> le permite decidir:</p> <p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">DE LA PACIENTE</p> <p style="text-align: center;">Firma:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PACIENTE</p>	<p style="text-align: center;">Si la salud de la paciente <u>NO</u> lo permite decidir:</p> <p style="text-align: center;">Nombre completo:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">DEL FAMILIAR MAS CERCANO, DEL TUTOR O DEL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p style="text-align: center;">Firma:</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL FAMILIAR MAS CERCANO; DEL TUTOR, O REPRESENTANTE LEGAL</p>
--	---

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

**LA PACIENTE MANIFIESTA SU NEGATIVA A FIRMAR EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO Y SE NIEGA A FIRMAR SU NEGATIVA**

El suscrito médico Gineco-Obstetra _____, manifiesto que la paciente de nombre _____, con el siguiente diagnóstico _____, una vez que le fueron explicados los riesgos, complicaciones y beneficios esperados a corto, mediano y largo plazo, del acto médico descrito en el presente documento, manifestó verbalmente su negativa para que se le realizara el acto médico citado, asimismo, se le explicó y entendió que con su negativa deja sin responsabilidad legal alguna por cualquier daño o deterioro a la salud del binomio (madre/hijo) ya sea conjuntamente o en lo individual que pueda existir derivado de su negativa, tanto al suscrito, como a todo el personal que se haya designado para el acto médico que ya no se realizará; sin embargo, la paciente se niega al firmar el presente documento, por tal razón, el signante ante la presencia de dos testigos, deja constancia de la negativa de la paciente a firmar el presente consentimiento informado.

HORA DE LA FIRMA DEL MÉDICO Y DE LOS TESTIGOS: _____

MEDICO GINECO-OBSTETRA

Nombre completo:

Firma: _____

TESTIGOS	
Nombre completo: _____ Firma: _____	Nombre completo: _____ Firma: _____

Documento revisado y avalado por el área Jurídica de la FEMECOG. 18 de marzo de 2015.

* De la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.