



AUTORIZACION CLINICA ISADORA

Da.....

DOMICILIO

EDAD D.N.I.

Acude a la Clínica en demanda de I.V.E., según la legislación vigente.

RECONOCE:

Haber sido informada de las características de la intervención, del tipo de anestesia a utilizar, de las posibles complicaciones que pueden derivarse de la misma (que ya le han sido explicadas), tales como:

- perforación uterina por dilatación del cuello.
- desgarro del cuello uterino.
- hemorragias post-I.V.E.
- alteración de la coagulación sanguínea
- Hematometra (acúmulo de sangre en útero)
- etc.

ASUME:

Las actuaciones que puedan ser necesarias, como:

- hemotransfusión
- alargamiento del tiempo de estancia en la clínica, y/o
- necesidad de una nueva intervención, bien con método diagnóstico (laparotomía), bien con método terapéutico (histerectomía) y/o
- necesidad de traslado a un centro hospitalario del SER + MAS.
- acudir a su Centro Hospitalario de referencia en caso de que, días después de la I.V.E., se le presente algún problema.

Fecha 13/7/05

Firma