

Nº Historia:

Sra: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña: de años de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Sra:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA GESTANTE)

MANIFIESTO

Que el Doctor/a..... me ha informado de la conveniencia de efectuar un estudio ecográfico periódico de mi gestación, de acuerdo con el PROTOCOLO establecido en el HOSPITAL o CENTRO..... cuya frecuencia y tipo de exámenes dependerá de las condiciones específicas de mi embarazo.

Se me ha explicado y he comprendido que:

1. La ecografía es una técnica de diagnóstico por la imagen que puede ser practicada por vía vaginal o abdominal, según época de la gestación y condiciones, que permite la visualización del feto y su entorno (placenta, líquido amniótico, cordón umbilical).
2. La ecografía solo puede informar de la existencia de posibles anomalías morfológicas físicas y no defectos congénitos de otra naturaleza (bioquímicos, metabólicos, genéticos cromosómicos, etc...). Por tanto el resultado normal no garantiza que el niño nacerá sin algún tipo de alteraciones o retraso mental.
3. Si bien permite detectar anomalías morfológicas fetales, la precisión de la técnica depende de la edad gestacional (más fiable alrededor de la 20 semanas), de la posición fetal, del tipo de anomalías (algunas tienen poca o nula expresividad ecográfica) y de las condiciones de la gestante (obesidad, alteración de la cantidad de líquido amniótico, entre otras) que pueden dificultar la exploración. La tasa de detección de la ecografía fetal depende del tipo de anomalía, con una media del 56% y un rango de entre el 18% y el 90%, incluso en los casos en que la ecografía es realizada en condiciones óptimas.
4. En algunos casos la detección será forzosamente tardía (infecciones fetales, algunas anomalías digestivas, obstrucciones urinarias o intestinales, displasias esqueléticas, etc...) dado que tales patologías se pueden originar y/o manifestar en una etapa avanzada de la gestación.
5. Aunque la ecografía puede orientar sobre la condición fetal, por sí sola no tiene un valor absoluto para asegurar el bienestar fetal.

Así pues, confirmo que se me ha informado sobre los resultados y las limitaciones inherentes a la técnica ecográfica.

He comprendido y aceptado las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos de la realización del control ecográfico durante el embarazo.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realicen los controles derivados de su evolución

En
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO
Nº de colegiado

Fdo: LA GESTANTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)

Las imágenes ecográficas que se obtengan pueden ser conservadas y utilizadas en actividades con finalidad docente preservando el anonimato y en trabajos de investigación autorizados por el Comité Ético de Investigación Clínica.
(MARQUE SU ELECCIÓN CON EL SIGNO "X")

sí

NO

REVOCACIÓN

SRA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

SR/SRA: DE.....AÑOS DE EDAD
(NOMBRE y DOS APELLIDOS)

CON DOMICILIO EN..... y DNI N°.....

EN CALIDAD DE.....
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO)

DE SRA.....
(NOMBRE y DOS APELLIDOS DE LA GESTANTE)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha.....y no deseo proseguir el control ecográfico, que con esta fecha doy por finalizado.

En.....
(LUGAR Y FECHA)

Fdo: EL/LA MÉDICO

Fdo: LA GESTANTE

Fdo: EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (si procede)