



## Autorización para atención obstétrica



- He leído la Información de su atención durante el parto y nacimiento.
- Comprendo lo que se conversó conmigo, al igual que el contenido de este formulario. Se me dio la oportunidad de hacer preguntas y recibí respuestas satisfactorias.
- Comprendo que no se dieron garantías o hicieron promesas sobre los resultados esperados de este embarazo.
- Estoy consciente de que pueden ocurrir otros riesgos o complicaciones. También comprendo que, durante el resto de mi embarazo, o durante el parto, se pueden descubrir afecciones imprevistas para las que se necesiten procedimientos adicionales.
- Sé que los anestesiólogos, pediatras, médicos residentes y otros estudiantes o personal médico pueden asistir a mi médico o matrona.
- Me reservo el derecho de rechazar cualquier tratamiento específico.
- Respondieron todas mis preguntas.

*Doy mi consentimiento para la atención obstétrica durante mi experiencia de parto. Comprendo que se podrían realizar algunos de los procedimientos ya explicados. Me reservo el derecho de rechazar cualquier tratamiento específico. Las conversaciones en curso sobre mi estado de salud actual y los pasos recomendados serán parte de mi atención.*

Nombre de la paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ F. de nac. o N.º de Id. de paciente: \_\_\_\_\_

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre del clínico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del clínico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

- Acepto transfusiones de sangre en el caso de una emergencia médica potencialmente mortal.
- Rechazo las transfusiones de sangre bajo toda circunstancia y he firmado un formulario adicional específicamente para el rechazo de productos sanguíneos.

Firma de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_