

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

(Nombre) en forma voluntaria consiento en que el Doctor(a)

me formule medicamentos para reemplazo hormonal por encontrarme en período de menopausia.

Entiendo que estos medicamentos son hormonas cuya finalidad es prevenir y/o tratar problemas como: osteoporosis, sequedad en mucosas y piel, dificultad progresiva para las relaciones sexuales, fogajes, sudoración, cambios emocionales y enfermedad de Alzheimer.

Se me ha explicado y entiendo que como con otras medicaciones y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar efectos colaterales y complicaciones comunes y potencialmente serios que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo los más frecuentes: sangrado uterino, hiperplasia de endometrio (crecimiento desordenado del tejido interno de la matriz), dolor en los senos, ligero aumento del riesgo de cáncer de seno después de varios años de uso, trombosis de vasos periféricos (obstrucción de las venas varicosas o no de las piernas) con posibilidad de embolización.

En mi caso particular mi médico(a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

También he entendido que existen otros medicamentos y voluntariamente he elegido recibir el reemplazo hormonal.

Yo he entendido las condiciones y objetivos de este tratamiento, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este tratamiento médico el cual aquí autorizo. En tales condiciones consiento en recibir TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL.

Firma del paciente

C.C. No.

Ciudad y fecha _____

Huella índice derecho

DISENTIMIENTO INFORMADO PARA HORMONOTERAPIA

(Nombre de la paciente)

El Dr.(a) _____ me ha sugerido iniciar reemplazo hormonal para la menopausia. Entiendo y he discutido ampliamente los efectos de dicha medicación y las consecuencias de no recibirla, además el Dr.(a) me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas.

El Dr.(a) me ha explicado los riesgos de esta medicación, efectos colaterales imprevistos, tales como: sangrado uterino, hiperplasia de endometrio (crecimiento desordenado del tejido interno de la matriz), dolor en el seno, ligero aumento del riesgo de cáncer de seno después de varios años de uso, trombosis de miembros inferiores y tromboembolismo.

Entiendo que si no acepto la medicación, aparecerán cambios en mi organismo y se aumentará el riesgo de enfermedades, tales como: sequedad en mucosas, dificultad progresiva para las relaciones sexuales, fogajes, sudoración, cambios emocionales, aumento del riesgo de osteoporosis, cáncer de colon y de enfermedad de Alzheimer.

Teniendo muy claro los beneficios y los riesgos de esta medicación, NO LA ACEPTO y asumo las consecuencias de mi decisión.

Firma _____

C.C. No. _____

Ciudad y fecha _____

Huella índice derecho