

**SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA INTENTO DE PARTO DESPUÉS
DE UN NACIMIENTO PREVIO POR CESÁREA**

MIM # 303-s - Revised 01/29/2014

Request and Authorization for Trial of Labor after a Previous Cesarean Delivery

Nombre de la paciente _____ Edad _____

1. Por la presente yo solicito y autorizo a _____ o los asociados y asistentes de su elección en University of North Carolina que me permitan hacer un intento de parto para mi embarazo actual para así poder tratar de tener un parto vaginal. Si están disponibles, mis proveedores de cuidado han revisado mis expedientes médicos y han determinado que tengo una incisión transversal (horizontal) baja en mi útero (matriz) que se hizo durante mi parto anterior por cesárea (cirugía). Si no pudieron revisar mis expedientes médicos, mis proveedores de cuidado han hablado conmigo sobre la razón para mi cesárea anterior y, en base a la información que yo he proporcionado, creen que lo más probable es que se me hizo una incisión transversal baja en el útero.

Mis proveedores de cuidado me han explicado que yo **NO** sería candidata para un intento de parto en mi embarazo actual, si una o más de las siguientes se refieren a mí:

- una incisión previa de arriba a abajo (vertical) o una incisión en forma de T en mi útero
- una incisión previa en la parte superior de mi útero
- un problema médico o un problema relacionado al embarazo que ocasionaría que un parto vaginal no fuera seguro para mí o para mi bebé
- haber tenido tres o más partos previos por cesárea

Yo reconozco que NINGUNA de las cuatro circunstancias mencionadas arriba me atañen.

Si la operación o procedimiento se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico encargado o partera, yo entiendo que residentes o asistentes de University of North Carolina Hospitals pueden realizar tareas seleccionadas, que pueden incluir: abrir y cerrar la herida en el lugar de la operación; disección de tejido, remover tejido, sangre o líquidos corporales; inyectar medicamento(s); administrar anestesia y colocar sondas invasivas. Al momento de la cirugía el médico encargado o la partera determinará el grado de participación de los residentes o asistentes dependiendo de: (1) la complejidad del procedimiento; (2) las circunstancias únicas de la paciente y (3) el adiestramiento y experiencia de los residentes o asistentes.

Yo entiendo que el gran riesgo de un parto después de un parto por cesárea es que la cicatriz en el útero puede separarse durante el parto. A esto se le conoce como una ruptura uterina y ocurre aproximadamente en 1 de 100 mujeres con una incisión transversal baja en el útero. Con otros tipos de incisión en mi útero, el riesgo de separación pudiera ser tan alto como de 9 de cada 100 mujeres que intentan tener un parto vaginal. Si no sabemos, tenemos que asumir el riesgo mayor. En mujeres que han tenido dos partos por cesárea previamente, el riesgo de ruptura uterina es de aproximadamente 1-2 de cada 100 mujeres. Debido a este riesgo, se observará mi trabajo de parto en el hospital y podrían utilizarse monitores especiales durante el trabajo de parto para ayudar a evaluar mis contracciones y el bienestar de mi bebé. Si ocurre una ruptura uterina, será necesario hacer un parto por cesárea de emergencia. Yo entiendo que una ruptura uterina puede tener efectos negativos para mí o para mi bebé. Puede que yo necesite transfusiones de sangre debido a la pérdida de sangre; en casos raros, puede ser necesaria la extirpación de mi útero (histerectomía) para detener el sangrado. Aproximadamente una o dos de 1000 mujeres que intentan un parto después de un parto previo por cesárea, pueden dar a luz a un bebé con problemas graves como resultado de una ruptura uterina. Estos problemas incluyen daño cerebral o la muerte del bebé.

Yo entiendo que los beneficios de un parto vaginal son que no tendré una operación quirúrgica y por lo tanto, soy menos propensa a tener complicaciones médicas después de dar a luz. Además, si soy capaz de tener un parto vaginal, mi estadía en el hospital en general será más corta que si tengo una cirugía. El trabajo de parto y el nacer a través de la vagina también ayudan al bebé a tomar su primera respiración. Tener un parto vaginal también puede disminuir problemas para mí y para mis bebés durante embarazos en el futuro.

2. Por este medio solicito que se me administren (a la paciente), la anestesia y medicamentos que sean necesarios y apropiados.
3. He hablado con mi profesional de la salud sobre la posibilidad de recibir sangre o productos sanguíneos en relación con mi operación o procedimiento
 - Yo solicito y autorizo que me den sangre o productos sanguíneos (a la paciente) que sean médicamente necesarios antes, durante o después de la operación o procedimiento siempre y cuando mi enfermedad y tratamiento propuesto y los riesgos asociados no hayan cambiado. *(I authorize and request medically necessary blood and blood products be given to me (the patient) before, during or after the operation or procedure, as long as my medical condition and proposed treatment and associated risks have not changed)*
 - Yo NO autorizo que me den sangre o productos sanguíneos (a la paciente).
(La paciente TIENE que completar también el formulario HD 6113 de UNC Hospitals «Rechazo para autorizar el uso de sangre o productos de sangre.») *(I do NOT authorize blood or blood products be given to me (the patient). (The patient MUST also complete UNC Hospitals form HD 6113 "Refusal to Consent to the Use of Blood or Blood Products.")*
4. Entiendo que, durante el trabajo de parto o el alumbramiento es posible que suceda algo inesperado que pueda requerir que se me haga otra operación o procedimiento (a la paciente). Si algo inesperado sucede durante el trabajo de parto o el alumbramiento, por la presente solicito y autorizo que mi médico o partera (de la paciente) a hacer aquello que sea médicamente apropiado y necesario para mí (la paciente), incluyendo llevar a cabo una operación o procedimiento adicional o diferente.
5. He tenido la oportunidad de preguntar, obtener respuestas a mis preguntas y he recibido información suficiente para tener un entendimiento general sobre:
 - a. mi **estado de salud** (de la paciente),
 - b. la **naturaleza** del intento de parto después de un parto previo por cesárea,
 - c. los **beneficios** del intento de parto después de un parto previo por cesárea,
 - d. los **riesgos** comunes y más frecuentes del intento de parto después de un parto por cesárea previo,
 - e. los riesgos y beneficios de **tratamiento/s alternativo/s** y repetir el parto por cesárea
 - f. la probabilidad de un parto vaginal exitoso con un intento de parto
6. En base a la plática con mi médico o partera (de la paciente) y a la información que he recibido, yo doy mi consentimiento para un intento de parto para tratar tener un parto vaginal.
7. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se han dado garantías con respecto al resultado del trabajo de parto o alumbramiento.
8. Con el propósito del avance de la enseñanza de la medicina, doy permiso para que estén presentes observadores durante mi trabajo de parto o alumbramiento.
9. Siempre y cuando no revelen mi identidad (de la paciente) doy permiso a los empleados de UNC Hospitals o UNC School of Medicine, para:
 - a. sacar fotografías o hacer dibujos de mi persona (de la paciente) con fines de diagnóstico, científico, educativo o de investigación; y
 - b. examinar y disponer de cualquier tejido, sangre o partes del cuerpo que se extraigan durante la operación o procedimiento y usar dichos tejidos, sangre o partes del cuerpo con propósitos educativos o de investigación.
10. Yo confirmo que he leído este documento o que me lo han leído, que se llenaron todos los espacios en blanco y que todas las secciones con las cuales no estoy de acuerdo se tacharon antes de que yo firmara abajo.

Firma de la paciente (o persona autorizada a firmar por la paciente)
(Signature of patient (or person authorized to sign for patient))

Fecha y hora
(Date & Time)

Relación con la paciente _____
(Relationship to patient)

**REQUEST AND CONSENT FOR A TRIAL OF
LABOR AFTER A PREVIOUS CESAREAN DELIVERY**
MIM # 303s

PHYSICIAN/MIDWIFE CERTIFICATION

I hereby certify that the nature, purpose, benefits, usual and most frequent risks of, and alternatives to, the operation or procedure have been explained to the patient (or person authorized to sign for the patient) either by a physician or midwife or the provider who is to perform the operation or procedure; that the patient has had an opportunity to ask questions, and that those questions have been answered. The patient (or the patient's authorized representative) has been advised that selected tasks may be performed by assistants to the primary health care provider(s). I believe that the patient (or authorized representative) understands what has been explained, and has consented to the trial of labor after a previous cesarean birth.

Signature of physician/midwife

Date

WITNESS CERTIFICATION

I hereby certify that the patient (or person authorized to sign for the patient) has EITHER (Check one box):

- 1. Acknowledged in my presence that he/she has received an explanation of the nature, purpose, benefits, usual and most frequent risks of a trial of labor and attempted vaginal birth and an explanation of the alternative of a repeat, planned cesarean birth and its risks and benefits, has had all of his/her questions answered, has given his/her consent, and has signed the form above; OR
- 2. Answered "yes" to all of the following questions:
 - a. Did a health care provider explain the operation or procedure to you?
 - b. Did a health care provider explain that selected tasks may be performed by assistant(s)/resident(s)?
 - c. Did a health care provider explain alternative procedures and treatments and their risks and benefits?
 - d. Have all of your questions about the operation or procedure been answered?
 - e. Is this your signature on the consent form?
 - f. Have you given your consent for the operation or procedure?

Signature of witness

Date & Time

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 01/29/14