



Yo, DNI, he sido informada sobre mi derecho a permanecer acompañada en el trabajo de parto , parto y puerperio por mi acompañante a elección y mi preferencia acerca de ver o no al recién nacido al momento de nacer.

Asimismo, fui informada sobre la práctica de Contacto Piel a Piel la cual consiste en la colocación del recién nacido inmediatamente luego del nacimiento, en posición decúbito ventral, en contacto directo sobre mi abdomen o pecho para facilitar el inicio del vínculo y la lactancia, de acuerdo al Consenso de la Primera hora de vida. Fui también informada respecto a que de no realizar lactancia materna se implementará un plan de alimentación al recién nacido exclusivamente con leche de fórmula.

Expreso mi consentimiento para que los Sres. y, padres comitentes, presencien el parto y se ocupen de los cuidados del recién nacido durante la recepción permaneciendo conmigo en la misma habitación.

Faculto a los Sres. y, padres comitentes, a dispensar los cuidados del recién nacido, como así también autorizo al equipo de salud a brindarles a ellos la información referente a la atención del recién nacido.

Permaneceré en internación conjunta con el recién nacido hasta el egreso sanatorial, prestando mi consentimiento sobre todas las prácticas e intervenciones necesarias a realizarse en el recién nacido, de igual manera si requiere internación en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Fui informada, además, que debo permanecer disponible hasta cuarenta y cinco días después del nacimiento, en caso de que fuera necesaria alguna otra práctica médica sobre el recién nacido.

He tenido la oportunidad de preguntar y todas las preguntas me han sido contestadas completa y satisfactoriamente a mi entender y comprensión.

En virtud de la información que me fuera brindada y la cual comprendo, por todo lo expuesto anteriormente expreso mi voluntad de no ver al recién nacido al momento del nacimiento, no realizar la práctica Contacto Piel a Piel, ni lactancia, y de no participar del proceso de cuidado del recién nacido en mi carácter de gestante subrogante.

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo,
revoco/rechazo el presente consentimiento

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. documento

Firma y sello del Médico