



Consentimiento Informado para
Cirugía de Hernia Inguinal e Hidrocele
Comunicante

Consentimiento Informado Para Cirugía De Hernia Inguinal E Hidrocele Comunicante

Consentimiento Informado Para Cirugía De Hernia Inguinal E Hidrocele Comunicante

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico:

HERNIORRAFIA INGUINAL/HIDROCELE COMUNICANTE

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende cerrar la comunicación entre el abdomen y el saco inguinal y/o conducto peritoneo vaginal persistente. La persistencia de esta comunicación permite la entrada de líquido como en el hidrocele comunicante o de órganos asas intestinales, ovario, epiplón) lo que puede llevar a complicaciones como una hernia inguinal atascada o un hidrocele a tensión, la torsión de un ovario deslizado o el compromiso vascular del testículo.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia. El tratamiento consiste en el cierre con resección completa o parcial del saco herniario.

Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

Este procedimiento puede ser realizado en forma tradicional o laparoscópica si el Cirujano encuentra que el caso lo amerita, y habiendo sido informado de los beneficios y riesgos de ambos abordajes, he optado por la vía.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la lesión, Cicatriz hipertrófica. Flebitis.
- **Poco frecuente y de mediana gravedad:** Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- **Pocos frecuentes y graves:** shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis.
- **Específicos de la cirugía:** (habitualmente muy infrecuentes) Infección, hematoma y/o seroma de herida operatoria, Lesión del cordón espermático y/o testículo. Recidiva de la hernia.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.



He comprendido 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 satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para:

HERNIORRAFIA INGUINAL/HIDROCELE COMUNICANTE

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).