



Consentimiento Informado  
Exploración De Escroto Agudo

## **Consentimiento Informado Exploración De Escroto Agudo**

## Consentimiento Informado Exploración de Escroto Agudo

---

La hipótesis diagnóstica del niño es:

Nombre paciente:.....  
(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....  
(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

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

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

**DECLARO:**

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico: **EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DE ESCROTO AGUDO**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende descartar o solucionar, si está presente, el daño del testículo o del testículo contralateral que puede estar causada por distintas razones tales como, torsión del testículo, torsión de la Hidátide de Morgagni, hernia inguinal atascada con compromiso de la irrigación del testículo, orquiepididimitis o traumatismos.

Esto puede llevar a la pérdida del testículo por necrosis, atrofia del testículo eventualmente, a una disminución de la fertilidad.

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.

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

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:** Infección, hematoma y/o seroma de herida operatoria. Lesión del cordón espermático y/o testículo. Atrofia testicular. Hidrocele residual. Recidiva de la enfermedad.

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.

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 algunos casos se puede usar terapia hormonal pero que la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica.



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:

**EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DE ESCROTO AGUDO**

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).