



Consentimiento Informado para
Cirugía de Vasectomía

Consentimiento Informado para Cirugía de Vasectomía

Consentimiento Informado – Urología Adulto

Consentimiento Informado para Cirugía de Vasectomía

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr.
(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 mi situación, al tratamiento quirúrgico para
VASECTOMÍA

INFORMACIÓN

La vasectomía es un método quirúrgico de interrupción de la fertilidad masculina, causada por la sección de los conductos deferentes, interrumpiendo así el paso de los espermatozoides hacia el líquido eyaculado.

Se trata de una operación hecha con anestesia local, pudiéndose utilizar otras formas de anestesia en caso de que mi condición clínica lo requiera. Son hechos uno o dos cortes en el escroto, que posteriormente son suturados, pudiendo haber o no necesidad de retirar los puntos, dependiendo del material utilizado.

Las complicaciones, raras, que pueden ocurrir son: hematoma (sangramiento interno), aparición de manchas oscuras en el escroto y/o en el pene (equimosis), dolor o infección. Si ocurre cualquiera de estas situaciones u otras no descritas, o si aun tengo cualquier duda o problema debo entrar en contacto con mi médico y /o su equipo.

A pesar de poder intentarse una futura reversión de esta cirugía, o sea, la re canalización del conducto deferente, cuanto mayor el tiempo de interrupción de este conducto, menor es el índice de éxito en readquirir fertilidad.

A pesar de que la vasectomía es un método de esterilización permanente, existe una pequeña posibilidad (1 de cada 2000 operaciones) de que ocurra re canalización espontánea, es decir, el paso de los espermatozoides de un ducto para otro y así volver a ser eyaculados y el individuo permanece fértil y puede ocasionar un embarazo.

El método no interfiere en la función sexual ni causa impotencia sexual (o disfunción eréctil). Hasta el momento no se conoce ninguna enfermedad que ocurra más frecuentemente en hombres vasectomizados.

El paciente solo podrá retomar su actividad sexual sin utilizar algún método de anticoncepción, cuando el espermiograma muestre ausencia de espermatozoides en el eyaculado. Esto solo ocurre en general, después de un promedio de 25 eyaculaciones, que es el número necesario para vaciar el tracto genital, que está al frente de donde fue hecha la sección del conducto deferente.

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 entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.



Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

VASECTOMÍA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr:

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(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).