

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CIN-05

Criptorquidia en Niños

Rev.01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO:

OBJETIVO

La intervención proyectada está destinada a hacer bajar y fijar este testículo en el escroto.

El objetivo de la operación es colocar el testículo en su posición normal dentro del escroto, para permitirle un funcionamiento óptimo. Asimismo el impacto estético y psicológico puede ser muy importante.

CARACTERÍSTICAS DE LA CRIPTORQUIDIA EN NIÑOS (En qué consiste)

La intervención se lleva a cabo a través de dos pequeñas incisiones, una a nivel de la ingle y la otra en la parte inferior del escroto. La operación consiste en liberar el testículo de sus amarras y dar el máximo de longitud a los vasos y conductos que le acompañan. El testículo se fija luego en el escroto de manera tal que no pueda volver a subir.

Si en el curso de la operación el testículo resultara ser de mala calidad, es posible retirarlo, porque no prestará utilidad alguna y arriesga ser origen de complicaciones ulteriores. Será eventualmente necesario considerar, pero más tarde, la colocación de una prótesis testicular.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CRIPTORQUIDIA EN NIÑOS

Las complicaciones específicas de esta operación son muy escasas:

- Resulta relativamente frecuente verificar una pequeña hinchazón o hematoma a nivel de la región intervenida
- Una infección es poco común y por lo general no reviste gravedad
- Se puede constatar, excepcionalmente, una atrofia testicular a distancia de la intervención.
- A veces, puede resultar muy difícil hacer bajar el testículo, especialmente si se encuentra en posición muy alta. El descenso arriesga entonces ser incompleto y requerir tal vez una segunda intervención.
- En general, cuando el testículo ha bajado sin dificultad, el resultado es definitivo. Sin embargo, en una cantidad reducida de casos y a pesar de una operación sin problemas, el testículo que se había colocado en su lugar vuelve a subir más adelante, lo que puede requerir una segunda intervención vía endoscópica o quirúrgica.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Dejar el testículo en su posición alta presenta el riesgo de comprometer su función en la edad adulta. Frecuentemente, el testículo no baja porque su trayecto normal se ha visto trabado por adherencias más o menos fibrosas, o porque no se encuentra en el eje normal de migración hacia el escroto.

Si los dos testículos se encuentran en posición anormal, la operación es aún más necesaria, pero el riesgo de anomalía ulterior de la fertilidad (posibilidad de procrear) sigue siendo alto, a pesar de la intervención.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CIN-05

Criptorquidia en Niños

Rev.01

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Criptorquidia en Niños**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Criptorquidia en Niños**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Criptorquidia en Niños** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)