

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Exploración de Escroto Agudo en Niños

FL-CIN-06

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

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

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE ESCROTO AGUDO EN NIÑOS (En qué consiste)

Se trata de una operación hecha con anestesia regional, pudiéndose utilizar otras formas de anestesia en caso de que la condición clínica de mi representado lo requiera. Según resultados de exámenes de imágenes realizados se realizará diagnóstico diferencial. Se realiza un corte preferencia en la zona escrotal, a través del cual se exterioriza el testículo y se reduce la torsión y se fija para evitar la recidiva del cuadro.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE ESCROTO AGUDO EN NIÑOS

Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, Lesión del cordón espermático y/o testículo. Atrofia testicular, flebitis. Existe un riesgo que se presente una hidrocele residual.

Existe el riesgo de que el testículo se encuentre seriamente dañado, debido a la falta de irrigación por lo que su conservación es inviable debiendo realizarse una ORQUIECTOMIA.

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.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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 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 Exploración de Escroto Agudo en Niños

FL-CIN-06

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 **Cirugía de Escroto Agudo en Niños**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía de Escroto Agudo 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 **Cirugía de Escroto Agudo 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)

REVOCAACION:

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)