

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-121

Vasectomía

Rev.04

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 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.

### CARACTERÍSTICAS DE LA VASECTOMÍA (En qué consiste)

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.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA VASECTOMÍA

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 aún 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.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso, la mejor opción es la cirugía, ya que en la alteración hormonal el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica 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

FL-CDM-121

Vasectomía

Rev.04

### 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 **Vasectomía**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Vasectomía**.

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 **Vasectomía** 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)