

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-132

Cirugía Hidrocele

Rev.02

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 que se le propone está destinada a tratar la hinchazón que se presenta a nivel del escroto.

CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE HIDROCELE (En qué consiste)

Una hidrocele es una acumulación de líquido en un «bolsillo» que rodea el testículo. Esta hidrocele es la causa de un aumento de volumen más o menos importante del escroto. Se trata de una enfermedad benigna, sin riesgos de infección o evolución hacia una enfermedad más grave. Pero puede causar molestias, dolores o un perjuicio estético.

La intervención tiene como objetivo volver el escroto a su volumen normal y hacer desaparecer los síntomas que le llevaron a consultar. La ausencia de tratamiento le expone al riesgo de aumento de volumen del escroto y a la aparición o agravamiento de problemas clínicos.

La intervención se desarrolla a través de una pequeña incisión a nivel del escroto o por encima del pliegue de la ingle. Consiste en retirar el bolsillo, o simplemente pegarlo, según sean las anomalías que se encuentren durante la operación. A veces, puede quedar colocado un drenaje transitorio.

RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE HIDROCELE

Pueden presentarse otras complicaciones directamente relacionadas con la operación de hidrocele, son escasas pero posibles:

- Hematoma: una hemorragia durante o después de la intervención puede llegar a producir un hematoma en el escroto, eventualmente extendido a los órganos sexuales externos; puede ser necesaria una reintervención para detener la hemorragia y drenar el hematoma.
- Atraso de cicatrización, que pueda requerir cuidados locales prolongados.
- Infección: una pérdida de líquido por la incisión, síntomas de infección general tales como fiebre o locales como una inflamación del escroto pueden requerir la puesta en marcha de un tratamiento antibiótico adecuado y el tratamiento de un absceso eventual por su cirujano.
- Atrofia testicular: Se presenta sólo excepcionalmente después de la cirugía de hidrocele.
- Recurrencia: el riesgo es sumamente

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

No hay tratamiento médico para el Hidrocele.

Puede ser propuesto un tratamiento del Hidrocele por punción o inyección de un producto esclerosante, pero el riesgo de recurrencia es importante y el tratamiento secundario por cirugía se toma entonces más difícil.

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-132

Cirugía Hidrocele

Rev.02

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 Hidrocele**.

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

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 Hidrocele** 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)