


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Vasectomía	FL-CDM-121
		Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

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.

EN QUE CONSISTE LA VASECTOMIA

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 DE LA VASECTOMIA

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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

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 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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Vasectomía	FL-CDM-121
		Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que 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 nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **VASECTOMÍA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **VASECTOMÍA**

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAACION

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____