

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

La "Cirugía Mayor Ambulatoria" (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al centro de salud el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 horas.

#### Objetivos

El varicocele es la dilatación anormal de las venas del testículo, lo que produce una sensación de pesadez escrotal y aumento de tamaño intra escrotal, que se hace más evidente al hacer esfuerzos (levantar pesos, defecar, toser), a veces el varicocele es un hallazgo de examen en el estudio de infertilidad masculina.

La operación del varicocele pretende mejorar los síntomas dependientes y en algunos casos, contribuir en el tratamiento de una infertilidad.

#### Características

La operación misma consiste en localizar, ligar y seccionar las venas testiculares anormalmente dilatadas, la operación se realiza habitualmente con anestesia raquídea.

#### Riesgos

A pesar de una adecuada elección de la técnica quirúrgica y su correcta realización, como en toda intervención pueden presentarse algunos efectos no deseados:

- Persistencia de alguna de las molestias que motivaron la operación
- Formación de un hematoma en el escroto (piel del testículo)
- Formación de hidrocele (líquido en el saco escrotal)
- Infección de la herida
- Alteraciones de la sensibilidad local
- No logra mejorar la infertilidad
- En algunas ocasiones es necesaria la hospitalización

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, en tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe en forma ambulatoria el procedimiento de **VARICOCELECTOMÍA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal