

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos
La circuncisión es un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es quitar el prepucio del pene que se halla adherido al glande (fimosis), condición que impide la retracción completa del prepucio para dejar el glande descubierto, o cuando se producen inflamaciones o infecciones en el prepucio.

Características
En términos generales se trata de retirar el trozo de piel estrecho y suturar la piel sana para que el paciente pueda lavar su pene por dentro y por fuera y en el futuro tener relaciones sexuales satisfactorias sin dolor o molestias.
La indicación médica, así como la elección de la técnica para su abordaje quirúrgico obedecerá a los criterios clínicos evaluados por el facultativo especialista.
Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
El tipo de anestesia requerido para la operación será determinado por el cirujano y/o anestesista y se encuentra descrito en formulario consentimiento de Anestesia

Riesgos
La circuncisión es un procedimiento frecuente y bastante seguro. Sin embargo, existe la posibilidad de ocurrencia de efectos secundarios y complicaciones, tales como:

- Hematoma local
- Hinchazón del prepucio
- Infección de la herida operatoria
- Hemorragia o sangramiento post operatoria, ocurren generalmente durante la noche con las erecciones nocturnas, las cuales son involuntarias
- Incurbación peneana por resección de demasiada piel

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.
Declaro comprender 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 dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.
También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacida/o con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRCUNCISIÓN**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal