

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad:

TESTÍCULO DERECHO TESTÍCULO IZQUIEDO AMBOS TESTÍCULOS

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

El hidrocele es una cavidad de contenido líquido que rodea al testículo y que la operación para corregirlo es la hidrocelectomía, operación que pretende lograr la desaparición del líquido acumulado en el escroto y lograr así la mejoría de las molestias que ocasiona el hidrocele y además, corregir el defecto estético derivado de esta afección.

Características

La operación se realiza mediante una incisión en el escroto, a veces es necesario dejar un drenaje. Después de la operación la bolsa escrotal puede quedar inflamada durante un cierto tiempo. Esta es una operación que requiere de una muy corta estadía post operatoria en la Clínica. El tipo de anestesia requerido para la operación será determinado por el anestesista y que en esta operación es posible usar anestesia regional (raquídea) o anestesia general, lo que será definido teniendo en cuenta la edad.

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.

Riesgos

Ningún procedimiento invasivo está libre de riesgos, pero en el caso de la operación de hidrocele, estos riesgos de complicaciones son mínimos.

Algunas posibles complicaciones son:

- Hemorragia leve o hematoma local
- Infección
- Dehiscencia de la sutura
- Posibilidad de lesionar los vasos que van al testículo
- Reparación del hidrocele (muy raro), existiendo la posibilidad de cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales.

Es importante advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de coagulación, existencia de prótesis, medicamentos que consumo habitualmente o cualquier otra circunstancia que pueda ser causa de complicaciones si no son conocidas.

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 **CIRUGÍA HIDROCELE**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal