

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

Interrumpir el flujo normal de espermatozoides desde el testículo hasta el exterior, lo cual evita embarazos de manera permanente.

Características

La vasectomía es una intervención de esterilización, que se realiza bajo anestesia local, y consiste en obstruir los conductos deferentes de ambos testículos, evitando la expulsión de los espermatozoides y el embarazo.

La vasectomía no produce efectos anticonceptivos inmediatos y hasta que los análisis de semen no demuestren la ausencia de espermatozoides el embarazo

puede producirse, por lo tanto, durante este tiempo hay que utilizar un método anticonceptivo alternativo. Los primeros análisis de semen deben realizarse a las 20 eyaculaciones y/o 3 meses después de la intervención.

La vasectomía es una técnica de contracepción definitiva, pero es posible en ocasiones la reversibilidad quirúrgica o una fecundación in vitro si se desea un nuevo embarazo.

Riesgos

A pesar de una correcta realización de la intervención, se han descrito algunos casos de recanalización espontánea de los conductos deferentes (con el consecuente riesgo de embarazo) en 1 por cada 3.000 casos.

Así también se han descrito complicaciones, tales como:

- Sangrado de la herida
- Dolor y pesadez en los testículos y abdomen bajo
- Hematomas
- Infecciones
- Inflamaciones del testículo y/o epidídimo
- Lipotimia
- Cicatrización anómala
- En ocasiones es necesaria la hospitalización

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.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **VASECTOMÍA**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal