

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

Eliminar las verrugas genitales o condilomas visibles y con ello la mayoría de los síntomas que pueden producir; sin embargo, ninguno de los tratamientos elimina el virus del organismo.

Características

Después de aplicar anestesia local, las verrugas genitales visibles pueden ser eliminadas por:

- Electrocauterización o electrofulguración
- Incisión con tijeras finas o un bisturí
- Raspado (curetaje)

En la electrocauterización, corriente eléctrica se hace pasar a través de la piel para generar calor y destruir la verruga. Por otro lado, El curetaje es la extirpación de las verrugas mediante una cureta, instrumento especialmente diseñado para raspar la piel.

Este método está recomendado en casos de verrugas múltiples o casos que no responden al tratamiento con otros métodos

Riesgos

Los efectos secundarios no deseados incluyen:

- Sangrado
- Cicatrices
- Infecciones bacterianas

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 **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDILOMAS**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal