

## Consentimiento Informado CIRUGÍA HIDROCELE

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

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

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

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

### 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.

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.

### 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
- Raramente reaparición del hidrocele, que no hay que confundir con la “hinchazón” post operatoria propia de esta intervención

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de 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 ellos 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.

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

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

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

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