

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE CIRCUNCISIÓN**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Mediante este procedimiento** se pretende reseca parcial o totalmente el prepucio, que puede estar estrecho o presentar procesos de inflamación crónica, lo cual puede afectar la higiene local, favorecer infecciones o generar molestias en las relaciones sexuales.

En niños se pretende reseca la piel del prepucio estrecha para facilitar que se retraiga y así permitir un buen aseo, disminuyendo el riesgo de molestias e infecciones como balanitis u infección urinaria. También la estrechez del prepucio puede provocar un anillo compresivo al retraer el prepucio, que provoca dolor y edema, llamado parafimosis.

La intervención se realiza habitualmente en forma ambulatoria y consiste en reseca la piel del prepucio que no permite descubrir el glande, realizando posteriormente la sutura entre la mucosa que se encuentra bajo el glande y el borde de la piel. Según cada caso puede ser necesario agregar la liberación de adherencias balanoprepuciales y la sección o plastia del frenillo o la apertura del meato de la uretra.

El tipo de anestesia requerida, será la indicada por el cirujano, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

En condiciones normales, quedará al descubierto la parte anterior del pene (glande), es posible que durante el período postoperatorio se presente dolor, y aumento de volumen del pene (edema) todo lo cual será objeto de observación y tratamiento. Durante las semanas que siguen tendrá algunas molestias del roce del glande con la ropa.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda,

embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Infecciones en la herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir a la pérdida total o parcial del órgano, y riesgo de infección general.
- Hemorragia, incluso con consecuencias imprevisibles, sangrado de la herida quirúrgica
- Cicatrices antiestéticas.
- Incurvación del extremo del pene.
- Lesión uretral con aparición de fístulas.
- Estenosis del meato urinario o de la cicatriz.
- Shock anafiláctico y/o hemodinámica

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

La alternativa es el tratamiento médico expectante, o la incisión prepucial, pero que en su caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Circuncisión** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE CIRCUNCISIÓN**, por el Dr.(a) \_\_\_\_\_.  
**DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)