



## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLORACION QUIRURGICA ESCROTAL

Nº Historia: .....

D.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....

D./dña.: ..... de ..... años de edad,  
Con domicilio en ..... y DNI Nº .....  
En calidad de ..... de .....

### DECLARO

Que el Doctor/a Don/Doña: ....., me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una EXPLORACION ESCROTAL.

1.- Mediante este procedimiento se pretende explorar el contenido escrotal y reparar los posibles daños que se encuentren en los testículos o estructuras del cordón espermático, así como vaciar y limpiar el posible hematoma acumulado en el escroto.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

3.- Es una intervención leve, que se realiza mediante una incisión en el escroto (bolsa del testículo). Después de la cirugía la bolsa permanece inflamada durante un tiempo variable.

El postoperatorio es corto y puede ser que necesite llevar un drenaje escrotal durante un tiempo.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento como la infección con inflamación del testículo, que se trata médicamente, siendo raro tener que extirpar el testículo; hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio cuyas consecuencias son muy diversas dependiendo del tipo de tratamiento que haya de necesitarse, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados; pérdida del testículo por encontrarse éste dañado por la causa que originó el hematoma; problemas y complicaciones derivados de la herida quirúrgica (infección en sus diferentes grados de gravedad, dehiscencia de sutura –apertura de la herida– que puede necesitar una intervención secundaria, fístulas permanentes o temporales, defectos estéticos derivados de algunas de las complicaciones anteriores o procesos cicatrizales anormales, intolerancia a los materiales de sutura que puede llegar incluso a la necesidad de reintervención para su extracción, neuralgias –dolores nerviosos–, hiperestésias –aumento de la sensibilidad– o hipoestésias –disminución de la sensibilidad–).

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

5.- El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como.....  
.....  
.....aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como.....  
.....  
.....

He comprendido 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 me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que se me realice la EXPLORACION QUIRURGICA DEL ESCROTO..

En ....., a .....

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

Don/Doña ..... de ..... años de edad.  
*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de ..... de .....  
*(Representante legal, familiar o allegado)                      (Nombre y dos apellidos del paciente)*

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En.....*(Lugar y fecha)*

Fdo: El/la Médico                      Fdo: El Paciente                      Fdo: El representante legal, familiar o allegado