

Santiago de Chile, \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA GENITAL MASCULINA

Yo, \_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, de años, por lo tanto mayor de edad, con domicilio en la comuna de \_\_\_\_\_, vengo en suscribir libre y espontáneamente el siguiente documento, que he tenido oportunidad de revisar calmadamente con antelación al día de la cirugía, aclarar los términos empleados y resolver las dudas de la cirugía denominada Corrección de Pene Oculto, ya sea con o sin liposucción o lipoinyección, con o sin cirugía del escroto, con o sin lifting de pubis.

**1°** He sido informado en qué consiste esta cirugía, concretamente sé que es un procedimiento quirúrgico para corregir la forma externa de los genitales que se realiza mediante incisiones cerca del pene, o abordado desde el pubis que busca resaltar su tamaño o reposicionarlo más pendularmente, sin agrandarlo *per se*, así como reducir el exceso de escroto, y levantar el pubis caído si lo estuviera.

**2°** A pesar de que se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener. Puedo decepcionarme con los resultados de la cirugía. Además, se me ha proporcionado una completa información acerca de los efectos indeseables y/o excepcionales que pueden ocurrir durante o después de la realización de este procedimiento, como son hematomas, asimetría, discromía o alteraciones de la coloración de la piel, dispareunia, adormecimiento, mala posición estructural, lateralización de pene en erección, linfedema o inflamación prolongada, isquemia distal, trombosis, enfermedad tromboembólica, retracción cicatricial, paniculitis u otras condiciones autoinmunes, infección, seromas precoces o tardíos, riesgos derivados del uso de la anestesia o transfusión, deformidades visibles o táctiles inaceptables, ubicación de la cicatriz quirúrgica no satisfactoria, cicatrización inestética o patológica, pioderma gangrenoso, extrusión de suturas, dolor crónico, fístula urinaria, recidiva de la patología, necrosis grasa, shock séptico, shock tóxico, fasciitis necrotizante o Fournier, granulomas, nódulos o calcificaciones, fibrosis, dehiscencia de herida, pérdida o alteración de la sensibilidad, reacciones alérgicas, irregularidades en el contorno de la piel, laxitud cutánea residual, reabsorción del lipoinjerto, recidiva de la patología, ptosis, migración del lipoinjerto, lesión uretral, estenosis uretral, entre otros.

Acepto que las asimetrías previas pueden no ser posible de corregir.

Los pacientes fumadores tienen un mayor riesgo de complicaciones, por lo que el cirujano plástico me requerirá su suspensión tanto pre como postoperatorio por un lapso considerable de tiempo.

**3°** Declaro que sufro las siguientes alergias: \_\_\_\_\_, e informo que actualmente padezco las siguientes enfermedades: \_\_\_\_\_.

**4°** Declaro también que he sido informada acerca de los cuidados post operatorios especiales en esta cirugía que están en relación con la delicadeza con la que se debe manipular la zona en las primeras tres semanas después de la intervención, además de evitar las actividades bruscas para impedir que se golpee o traumatice la zona intervenida. Entiendo que debo guardar abstinencia sexual por 6 semanas tras la cirugía. También me ha explicado que debo evitar los contagios de enfermedades de transmisión sexual y/o urinarias por lo que el paciente no debe ser expuesto a sujetos que presenten patologías sospechosas en el post operatorio.

**5°** Adicionalmente, se me ha explicado que no es posible mediante este procedimiento obtener un resultado determinado, ya que el resultado final puede tener múltiples alteraciones dependiendo de la reacción de mi organismo o bien por la aparición de las complicaciones previamente descritas. La función sexual está determinada por incontables factores externos y no se puede reducir exclusivamente a sus aspectos anatómicos pre ni postoperatorios. Puede ser necesario realizar una cirugía adicional o retoques para intentar mejorar los resultados, la que será efectuada sin costo en cuanto a honorarios profesionales dentro de un año en el caso de cirugía primaria, asumiendo el paciente el costo de la hospitalización, derecho de pabellón, insumos.

En casos de cirugía secundaria, es decir, quien ya tuviera una cirugía previa en la zona, por ser una naturaleza completamente distinta que determina mayor impredecibilidad en el resultado final el costo de reoperaciones será completamente asumido por el paciente.

No es posible realizar una devolución del dinero pagado por una cirugía ya efectuada.

En mi caso, corresponde a una cirugía:

**Primaria**

**Secundaria**

6° Por este mismo acto, autorizo expresamente al equipo médico, a efectuar todos aquellos tratamientos o medidas adicionales que sean necesarias en el evento de sufrir una complicación al momento de efectuarme el procedimiento quirúrgico, y todas aquellas medidas necesarias para salvaguardar mi salud y vida, que tengan relación con el procedimiento antes descrito.

7° En este acto también declaro, haber sido informado que estoy facultado para retirar en cualquier momento mi autorización y consentimiento a los tratamientos médicos descritos, para lo cual, el personal médico se compromete a dar todas las facilidades y documentación necesaria, la cual será anexada a este documento, y que dicha decisión es de mi única y exclusiva responsabilidad.

8° Acepto que las imágenes de mi cirugía sean utilizadas con fines científicos, docentes y/o de difusión, siempre y cuando no se revele mi identidad:

**SI**

**NO**

9° Asimismo declaro que me fue explicado que ninguna simulación informática o gráfica ni tampoco fotos de casos similares que me hayan mostrado en la consulta es garantía de un resultado específico, pues en cada cirugía interfieren factores propios del paciente que no son tomados en cuenta por ningún programa como la cicatrización externa o interna, así como variaciones de la anatomía pesquisadas en el intraoperatorio o eventos ocurridos en el postoperatorio. Aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener.

10° Finalmente, declaro haber sido informado de todo lo anteriormente descrito, en términos claros y sencillos, personalmente por el médico tratante tanto a mi persona como a don(a) \_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, a quien además autorizo por este acto para recibir de parte del equipo médico toda la información necesaria y complementaria, antes, durante y posterior a ser sometida al tratamiento médico antes descrito, como así mismo, para dar cualquier directriz necesaria que le sea requerida por el equipo médico en caso necesario.

11° Teniendo en cuenta lo anterior, y habiendo sido informado de las alternativas de existentes para mi caso, vengo en prestar mi libre, espontáneo y expreso consentimiento y **acepto** realizar el procedimiento descrito.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE

\_\_\_\_\_  
MÉDICO