

Consentimiento Informado *Circuncisión y/o elongación de Frenillo*

Espacio reservado para a la **ETIQUETA IDENTIFICATIVA.**

Los datos personales se recaban al final del documento

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE

La circuncisión consiste en eliminar la piel del prepucio que no permite descubrir el glande (fimosis); en ocasiones la retracción del glande no se puede realizar debido a un frenillo corto por lo que será suficiente con la reparación de este. En determinadas circunstancias como algunas enfermedades del glande y/o del prepucio es preciso realizar la circuncisión aunque no exista fimosis.

Mediante este procedimiento se pretende facilitar las relaciones sexuales y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

CÓMO SE REALIZA

Esta intervención se realiza bajo anestesia local y no precisa hospitalización, salvo en niños. Se extirpa el prepucio y se dan puntos entre la piel del pene y la mucosa del glande dejando descubierto el glande en mayor o menor medida. Habitualmente el frenillo se secciona y sutura durante la intervención. Cuando solo es preciso elongar el frenillo, éste es seccionado sin extirpar el resto del prepucio.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

El postoperatorio suele ser corto y el dolor de la zona operada es habitualmente leve y transitorio y si fuera necesario, se calma mediante el uso de analgésicos.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Mediante este procedimiento se pretende facilitar las relaciones sexuales y disminuir el riesgo de molestias e infecciones.

OTRAS ALTERNATIVAS

Ciertas fimosis congénitas pueden responder a un tratamiento médico con pomadas de corticoides; la incisión prepucial sin extirpación del prepucio y el tratamiento expectante son otras alternativas, pero en su caso consideramos que la mejor opción es la circuncisión y/o elongación del frenillo.

En su caso: _____.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- **LOS MÁS FRECUENTES:**
 - Sangrado discreto en la sutura quirúrgica que en algunas ocasiones puede motivar tener que dar algún punto después de la intervención para conseguir la hemostasia.
- **LOS MÁS GRAVES:** Suelen ser los menos frecuentes.
 - Reacciones vagales de intensidad variable que incluso pueden llevar a la pérdida de conocimiento.
 - Infecciones en la herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir muy infrecuentemente a la pérdida total o parcial del órgano, y riesgo de infección general de carácter grave.
 - Es posible aunque improbable que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados por presentar hemorragia.
 - Cicatrices antiestéticas.
 - Incurvación del extremo del pene por retracción cicatricial.
 - Lesión uretral con aparición de fístulas.
 - Aumento o disminución de la sensibilidad del glande, de intensidad variable.
 - Reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle.

La mayoría de estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero en ocasiones, pueden llegar a requerir una nueva intervención.

➤ **LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**
_____.

Consentimiento

Informado *Circuncisión y/o elongación de Frenillo*

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA

Pueden existir circunstancias que aumenten la frecuencia y gravedad de riesgos y complicaciones. Estas circunstancias deben ser comunicadas a su médico, para que sean valoradas.

Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comuníquese también los medicamentos que esté tomando.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS

De acuerdo con la información que antecede, así como la que me ha sido prestada de forma oral y las contestaciones a mis preguntas.

Confirmando que me ha sido explicado en palabras comprensibles para mí la naturaleza del procedimiento, su descripción, los objetivos perseguidos, las alternativas, así como las molestias y dolores que puedo sentir y las consecuencias o secuelas y complicaciones que pueden surgir.

Confirmando asimismo que estoy satisfecho con la información recibida, que he podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, que me han sido aclaradas todas las dudas planteadas y que se me informa sobre mi derecho a solicitar una copia firmada del documento.

Reconozco que en el curso del procedimiento pueden surgir situaciones imprevistas que hagan necesaria un cambio de lo planeado y acordado y, si en ese supuesto no pudiera obtenerse mi consentimiento o el de mis familiares o representantes, doy mi expresa autorización para el tratamiento de tales situaciones de la forma que el equipo médico crea conveniente o necesario, incluyendo la realización de intervenciones quirúrgicas, biopsias y pruebas de diagnóstico, transfusiones de sangre y hemoderivados y la administración de sueros y fármacos. Autorizo igualmente a que se solicite la necesaria ayuda de otros especialistas.

Confirmando que conozco que el consentimiento que presto puede ser revocado y retirado por mí libremente.

Reconozco asimismo a que la medicina y la cirugía no son unas ciencias exactas, que nadie puede garantizar los resultados del procedimiento, y que en modo alguno me ha sido dada tal garantía.

Confirmando que no he omitido ni alterado datos de mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente en lo que se refiere a alergias, hábitos, enfermedades y riesgos personales.

Se me informa que Grupo Hospitalario Quirón, S.A. es el responsable del fichero en el que los datos personales recabados serán tratados confidencialmente con la única finalidad de poder prestarle asistencia sanitaria. En el caso de que los servicios recibidos deban ser abonados por una mutua, aseguradora o Administración Pública sus datos podrán ser cedidos a éstas para su facturación; si se opone a la cesión, estas entidades podrían rehusar el pago de los servicios recibidos, correspondiéndole a usted su abono. Tiene derecho a acceder, cancelar, rectificar u oponerse al tratamiento de sus datos dirigiéndose a Grupo Hospitalario Quirón, S.A., Apartado de Correos nº 57060, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Y, en su consecuencia,

CONSIENTO libre, expresa y voluntariamente a ser sometido a **CIRCUNCISIÓN Y/O ELONGACIÓN DE FRENILLO.**

En _____, a _____ de _____ de _____

Consentimiento Informado *Circuncisión y/o elongación de Frenillo*

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su consentimiento expreso.

Firma Testigo

Denegación o Revocación

D./D^a. _____, después de ser informado/a de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación / revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

En _____, a _____ de _____ de _____

PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL D/Dña. D.N.I. Fdo.	MÉDICO Dr. / Dra. Nº Colegiado Fdo.
---	---

TESTIGO (sólo para el supuesto en el que el paciente, aún estando consciente, se encuentra impedido físicamente para firmar) Yo, Don / Doña

_____ con DNI _____, manifiesto que el paciente ha leído (o, en su caso, le ha sido leído el texto de este consentimiento) y que éste ha expresado, verbalmente o mediante signos, su denegación/revocación.

Firma médico e interesado/s en todas las páginas