

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

Los datos personales se recaban al final del documento

1. *Mediante este procedimiento se pretende obtener el enderezamiento del pene y mejorar la capacidad para tener relaciones sexuales.*

*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. *Mediante esta técnica quirúrgica se trata el pene, que puede estar incurvado de una forma anormal desde el nacimiento (incurvación congénita) o se desarrolla en la edad adulta motivado por una placa fibrosa en el pene (enfermedad de Peyronie) y hace que tenga dolor durante la erección y/o no pueda tener relaciones satisfactorias.*

*El tratamiento de la incurvación congénita es exclusivamente quirúrgico. El tratamiento de la incurvación del adulto puede ser con pastillas, con inyecciones en el pene, ambos de escasos resultados; o mediante cirugía con anestesia locoregional o general, en el que se colocan unos puntos en el lado contrario a la incurvación. La técnica a elegir dependerá de cada caso.*

*El médico me ha advertido que después de la intervención es seguro que notaré un discreto acortamiento de la longitud del pene y me tocaré los puntos de sutura.*

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 persistencia de las molestias en el pene, neuralgias (dolores nerviosos), hiperestusias (aumento de la sensibilidad) o hipoestesia (disminución de la sensibilidad), hinchazón o necrosis del prepucio (piel que recubre el glande), disminución de la capacidad para mantener la erección, erección prolongada tras la cirugía que requiera tratamiento invasivo, infección de la herida que podría ocasionar defectos estéticos.*

*El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una intervención, 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 \_\_\_\_\_*

6. *El médico me ha explicado otras alternativas como el tratamiento con vitamina E, Tamoxifen, antiinflamatorios por vía oral, prácticamente están abandonados por su falta de efectividad y que también es posible el tratamiento con inyecciones en la placa fibrosa del pene cuando tenga dolor, pero que, la alternativa más recomendable es la cirugía.*

# Consentimiento Informado *Incurvación de pene*

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 \_\_\_\_\_ INCURVACIÓN DE PENE.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> 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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_

<b>PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL</b> D/Dña. D.N.I.  Fdo.	<b>MÉDICO</b> 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.