

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMÍA

Estimado paciente

San Vicente, Misiones,del mes de del 202....

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención que procediere en su caso.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

Aclaraciones precedentes

Téngase en cuenta la normativa de estricto cumplimiento exigido por ley N° 26.130, que dictamina lo siguiente:

1. Como requisito esencial, están autorizadas a consentir las personas **capaces y mayores de edad** que brinden su consentimiento expreso y previo inexcusable.
2. Como excepción, en caso de personas con incapacidad declarada judicialmente, **es requisito ineludible la autorización judicial** solicitada por su representante legal.
3. Debe dejarse constancia en la historia clínica de que se brindó la información pertinente.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Habiéndome explicado en términos claros y sencillos el diagnóstico médico, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al/la Dr./Dra. _____ y a su equipo quirúrgico a llevar a cabo la intervención quirúrgica referida en el encabezado del presente documento, la cual se realizará en esta institución.
- 2) Se me ha explicado en términos claros y sencillos que la vasectomía es un método anticonceptivo quirúrgico que consiste en la oclusión del conducto deferente que transporta los espermatozoides desde los testículos hasta las vesículas seminales. Esta oclusión impide que los espermatozoides se mezclen con el semen. No obstante, ello, el líquido que se expulsa en la eyaculación conserva su aspecto habitual, pero sin espermatozoides.
- 3) Se me ha informado que la vasectomía no es una castración, es decir que no afecta los testículos, ni la producción de hormonas, por lo que tampoco afecta la capacidad de erección, ni interfiere en el goce de las relaciones sexuales. Se me ha explicado también que con este procedimiento se provoca una esterilidad casi irreversible. Que para poder revertirla existen operaciones muy complejas que requieren técnicas de microcirugía para recanalizar los conductos deferentes, y que tampoco garantizan recuperar la fertilidad. Asimismo, se me ha informado que la vasectomía no es efectiva en forma inmediata, ya que los espermatozoides reservados en las vesículas seminales, pueden aún estar vivos y la vasectomía no impide que ellos salgan con la eyaculación. Por tal motivo, es necesario utilizar preservativos u otro método de planificación familiar durante los primeros tres meses posteriores a la cirugía.
- 4) El procedimiento quirúrgico me ha sido totalmente explicado por el médico, por lo que no tengo ninguna duda de que quiero poner fin a mi fertilidad; entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención, y estoy en conocimiento de cada uno de los riesgos o eventuales complicaciones que pudiesen sobrevenir con motivo de la intervención. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos también me han sido específicamente aclarados:
 - a) La vasectomía es un procedimiento voluntario, por lo que usted no tengo ninguna obligación o necesidad de optar por esta práctica. Se puede intentar buscar otras alternativas anticonceptivas no definitivas como el uso de profilácticos. Se me han explicado las características de estos métodos.
 - b) Se me ha aclarado que también existe un método quirúrgico de anticoncepción definitiva para la mujer, llamado ligadura de trompas.

- c) Aun siendo este método el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. En raras ocasiones puede producirse un nuevo embarazo con este procedimiento quirúrgico a pesar de ser realizado con una técnica y táctica correcta.
- d) La vasectomía no previene el contagio del virus del SIDA ni el de ninguna otra enfermedad de transmisión sexual.
- e) Las complicaciones que pueden originarse durante o luego de la vasectomía son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con la situación vital del paciente, como asimismo descriptas por la literatura médica de la especialidad, las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: edema y hematoma en el escroto, epididimitis, infección de la herida, seroma (retención de líquidos), dolor o atrofia testicular.
- 5) Se me ha aclarado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
- 6) Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones hasta que posea el alta médica definitiva, así como informar en forma inmediata al cirujano sobre cualquier cambio que apareciera en la evolución normal del post-operatorio de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 7) Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (con su modificatoria, la ley 26.742), y en consecuencia hago constar que **(Tachar lo que no corresponda: SI/NO)** es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, rechazar cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 8) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 9) Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales o instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo, autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva de mi identidad.
- 10) Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales, así como declaro ser alérgico/a _____

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente, dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado en el apartado anterior, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____

Represento en carácter de: _____

Firma: _____