



MIGUEL PARRADO AVENDAÑO M.D.
UROLOGO
Universidad Javeriana

CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA VASECTOMIA

Yo, _____ en calidad de paciente, identificado como al pie de mi firma aparece, por la presente autorizo al Doctor MIGUEL PARRADO AVENDAÑO, a realizar en mi la intervención quirúrgica denominada: VASECTOMIA que se llevara a cabo el día _____

El Doctor MIGUEL PARRADO AVENDAÑO, me ha explicado que el propósito de la vasectomía, es la ESTERILIZACION PERMANENTE y riesgos más probables, del procedimiento son los siguientes: Hematoma, Infección de la herida quirúrgica, Recanalización. Epididimitis post operatoria, dolor testicular crónico.

Entiendo que el fin de esta cirugía, es el de permitir en el varón una ESTERILIDAD PERMANENTE como método de planificación familiar, y que hasta la fecha, la ciencia NO HA ESTABLECIDO QUE LA VASECTOMIA TENGA EFECTIVIDAD DEL 100%

Se me hay dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente; así mismo se ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con mi intervención. E igualmente se me ha indicado emplear un método alternativo de planificación familiar luego de la cirugía, por 3 meses o hasta que el Doctor así me lo indique.

Entiendo que un acto quirúrgico como la vasectomía, obliga a cierta corresponsabilidad de mi parte, en cuanto al acatar las indicaciones de PLANIFICACION FAMILIAR OBLIGATORIA hasta que, posterior a un espermograma post operatorio se me indique que ya puedo suspender la planificación familiar.

Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si resultan necesarios. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad y facultades para expresar mi consentimiento. Así mismo, entiendo que el presente consentimiento será presentado como elemento probatorio, a las autoridades competentes en caso de reclamaciones médico-legales.

CC No

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos ventajas, riesgos, complicaciones y alternativas de la intervención quirúrgica o procedimiento especial citado, y he contestado todas las preguntas que el paciente y sus familiares me han formulado.

MIGUEL PARRADO A. MD.

CLINICA META. Villavicencio. Calle 33 No 36 – 114
Consultorio No 201 TEL. 6614400 ext 1129 Celular: 3102640482 -- 3164568876
urologo@miguelparrado.com
www.miguelparrado.com