

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA LIGADURA DE LOS CONDUCTOS DEFERENTES –
VASECTOMIA**

Lugar.....

Fecha/...../.....

Yo..... hago saber que,

- 1- He sido informado que la cirugía propuesta, vasectomía, consiste en interrumpir el paso de los espermatozoides a través de los conductos deferentes extirpando una porción de los mismos. El semen conservará su aspecto habitual y sus características, pero sin la presencia de espermatozoides. La vasectomía no es una castración. No afecta los testículos, ni la producción de hormonas, por lo que tampoco afectará la capacidad de erección, y no interferirá en las relaciones sexuales.
- 2- Se me ha explicado que el objetivo de la vasectomía es lograr la esterilidad definitiva y permanente en el varón. Asimismo, se me ha dicho y he comprendido que debo utilizar otro método anticonceptivo hasta el día de la operación y continuar utilizándolo durante veinte eyaculaciones o durante tres meses posteriores a la intervención, lo que suceda primero. También se me ha expuesto y he comprendido que la vasectomía no previene el contagio del virus VIH (virus del SIDA) ni de ninguna otra enfermedad de transmisión sexual.
- 3- Reconozco haber recibido la información completa de los distintos métodos anticonceptivos, eligiendo la realización del procedimiento mencionado.
- 4- Asimismo, se me ha dado la posibilidad de efectuar todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, las cuales me fueron respondidas satisfactoriamente.
- 5- He sido informado que no existen otras alternativas quirúrgicas para la esterilización definitiva que la vasectomía
- 6- Soy consciente que durante el procedimiento intervendrá un anestesiólogo, quien en mi caso utilizará anestesia....., habiéndome explicado y comprendido los eventuales riesgos y complicaciones de esta.
- 7- También se me ha expuesto y he comprendido que, como todo procedimiento quirúrgico, la vasectomía, no está exenta de riesgos y complicaciones relacionados con el propio procedimiento o bien con el estado vital del paciente (HTA, DBT, etc.), siendo que a modo de ejemplo se me han mencionado las siguientes complicaciones: recanalización de los conductos y paso de espermatozoides, hemorragia, infección, cambios en la sensibilidad cutánea, cicatrización anormal de la piel, seromas, Etc.
- 8- Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente el resultado deseado, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.
- 9- Autorizo a ser fotografiado y/o filmado antes, durante y después del procedimiento, siendo este material propiedad del médico, el mismo podrá ser publicado o expuesto con fines científicos o educativo, siempre y cuando se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 10- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento efectuado, cumpliendo con todas las indicaciones hasta que se me otorgue el alta definitiva, así como también informar de inmediato al profesional interviniente en caso de que la evolución normal del posoperatorio se vea alterada de acuerdo a las pautas de alarma brindadas.
- 11- Manifiesto ser alérgico a:.....

- 12- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente.
- 13- He leído detenidamente este consentimiento, habiéndolo entendido en su totalidad, por lo que autorizo al Dr/a.....a realizarme el procedimiento referido.

Firma del Paciente:

Aclaración.....

Documento.....

Firma del Profesional.....

Sello: