

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRCUNCISIÓN (operación de FIMOSIS)

D/Dª ..... como paciente (o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. ° .....

### DECLARO

Que el Dr./Dra ..... interlocutor principal con el equipo asistencial (art. 10.7 L.G.S.), me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a una **CIRCUNCISIÓN**, por padecer .....

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

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos y 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.- El médico me ha explicado que esta intervención consiste en eliminar la piel del prepucio que no permite descubrir el glande, con el objetivo de permitir unas relaciones sexuales normales, y que no suele requerir hospitalización, salvo en niños.

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 infecciones en la herida quirúrgica, cuya complicación puede conducir a la pérdida total o parcial del órgano, y riesgo de infección general, hemorragia, incluso con consecuencias imprevisibles, cicatrices antiestéticas, incurvación del extremo del pene y lesión uretral con aparición de fistulas.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, 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 @14 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 @15 .

6.- El médico me ha explicado que la alternativa es el tratamiento médico expectante, o la incisión prepucial, pero que en mi caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía.

#### 7.- ANESTESIA

El médico me ha explicado que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesiología y al que, en su caso, prestaré el oportuno consentimiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Manifiesto que tras recibir información completa y clara sobre mi proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de



tratamiento, estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Por ello, cumplidos que han sido los extremos anteriores, doy, libremente, mi CONSENTIMIENTO, al tratamiento de **CIRCUNCISIÓN**

En Valencia ..... de ..... de 2.0 .

Firma paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....

(Nombre y dos

### REVOCACIÓN

D/D<sup>a</sup> ..... como paciente ( o representante del paciente D/D<sup>a</sup> .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I. ° .....

Revoco el consentimiento prestado en fecha ....., que doy con esta fecha por finalizado y no deseo proseguir con el tratamiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 .

Firma paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....

(Nombre y dos apellidos)



UROSALUD DERB SLP  
HOSPITAL CASA DE SALUD  
C/ Santos Justo y Pastor 34, 46021 Valencia  
[clincursosalud@gmail.com](mailto:clincursosalud@gmail.com) 963897701

### DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO

D/Dª ..... como paciente ( o representante del paciente D/Dª .....), de ..... años de edad, con domicilio en ..... D.N.I.º .....

Después de ser informado de la naturaleza y riesgos del tratamiento que me ha sido propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi DENEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO para que sea aplicado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

En Valencia ..... de ..... de 200 ..

Firma paciente  
(familiar o representante,  
en caso de incapacidad)

Firma Testigo  
D.N.I.:

Firma Facultativo

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)

Fdo: .....  
(Nombre y dos apellidos)