

Formulario de consentimiento para la vasectomía

___ Yo solicito una vasectomía sin bisturí. Este procedimiento funciona al cortar los conductos (conocidos como vas deferens) en el escroto que llevan el espermatozoides desde los testículos.

___ Voy a hacerme una prueba del semen después de la vasectomía para comprobar que el procedimiento funcionó.

___ Hay una probabilidad muy pequeña que la vasectomía no funcionará para prevenir el embarazo.

___ La vasectomía es para siempre. Existe una cirugía que reversa la vasectomía. Pero, este procedimiento no siempre funciona.

___ Me administrarán anestesia local con lidocaína. Mi proveedor de salud podría inyectarme piel para adormecerla o usar un instrumento sin aguja para adormecerla. Que yo sepa, no soy alérgico a la lidocaína.

___ Hay una posibilidad muy pequeña de que tendré que regresar a la clínica o ir al hospital si tengo un problema después de la vasectomía.

___ La vasectomía puede causar problemas como: infección, sangrado, hinchazón, reacciones alérgicas, y dolor. Dolor leve es un efecto secundario común.

___ He leído este formulario y he tenido tiempo para pensar. Yo he preguntado mis preguntas y mi proveedor de salud ha contestado todas mis preguntas.

___ Yo sé cómo obtener ayuda si tengo una pregunta o problema después del procedimiento.

___ Si tengo un problema durante el procedimiento, yo permitiré mi proveedor de salud a tratarme.

___ Al consentir la vasectomía y aceptar los riesgos descritos, yo libero al centro de salud de toda la responsabilidad por el tiempo perdido en el trabajo, el salario no devengado, y los gastos médicos incurridos para tratar complicaciones.

___ Yo consiento que _____ me hace la vasectomía sin bisturí.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____