


Código: CMS-	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Versión N°		
Vigente desde		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VARICOCELECTOMIA

Fecha de toma del consentimiento: _____ Hora: _____

Lugar de toma del consentimiento: _____

Yo: _____

Identificado con _____ numero _____ de _____

Con diagnóstico de _____

Mediante el presente documento legal certifico que he sido informado por parte del Médico Tratante, el Doctor _____

Sobre la siguiente actividad, intervención, procedimiento especial o tratamiento que requiero:

VARICOCELECTOMIA

y se me ha informado de igual manera que este procedimiento o servicio es integral y puede generar, entre otros, los siguientes efectos secundarios o colaterales, las siguientes complicaciones y también se me ha informado sobre la existencia de RIESGOS que se pueden presentar incluso bajo condiciones de atención adecuada:

Es posible pero no frecuente que se presente infección de la herida, formación de hematomas, inflamación de los testículos, persistencia del varicocele por vasos con trayecto diferente al usual.


Se me ha informado amplia y suficientemente sobre las ALTERNATIVAS de tratamiento al actualmente descrito, las cuales son:

No realización del procedimiento con persistencia de la sintomatología si la hubiere o persistencia del efecto sobre la fertilidad.

Dejo constancia de que he sido informado del derecho que me asiste de rechazar la realización del procedimiento, actividad o plan de tratamiento y de que he sido instruido sobre el hecho de que este documento es legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y Códigos de ética de cada Profesión de la Salud estipulada de la siguiente manera: **Medicina:** Ley 23 de 1981, capítulos I,II,III. **Enfermería:** Ley 911 de 2004 **Bacteriología:** Ley 841 de 2003, Título I,IV. **Terapia Respiratoria:** Ley 1240 de 2008 título I, así como de la norma de manejo de la Historia Clínica Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

Por lo anterior autorizo a: _____

Profesional en _____ y a la Clínica Medihelp para que se me realice el procedimiento, actividad, intervención o Plan de Tratamiento propuesto.

Código: CMS-	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Versión N°		
Vigente desde		

Firma del Paciente o Represente Legal

Nombre: _____ **Parentesco:** _____

Documento de identidad: _____

Firma del Profesional

Nombre: _____ **Registro Profesional:** _____

Documento de Identidad: _____

NO ACEPTACION: En consideración a la información recibida y descrita anteriormente he tomado la decisión de **NO ACEPTAR, RECHAZAR Y NO AUTORIZAR** la actividad, intervención o plan de tratamiento propuesto, declarando que he sido instruido amplia y suficientemente sobre las probables consecuencias sobre la salud y la vida, las cuales pueden ser:

Firma del Paciente o Represente Legal

Nombre: _____ **Parentesco:** _____

Documento de identidad: _____

Firma del Profesional

Nombre: _____ **Registro Profesional:** _____

Documento de Identidad: _____

Dada en: _____ **a los** _____ **días del mes de** _____ **de** _____