

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION PARA LA CIRCUNCISION

### LE PEDIMOS A LOS PADRES QUE PERMANEZCAN FUERA DE LA SALA DURANTE EL PROCEDIMIENTO, QUE NORMALMENTE TOMA DE 20 A 25 MINUTOS. GRACIAS.

Ustedes han solicitado que el medico le practique la circuncisión a su hijo. Basado en su autorización, se le practicara a su hijo este procedimiento, junto con cualquier otro procedimiento diferente o adicional que se pueda requerir debido a una emergencia o a circunstancias imprevistas.

Este procedimiento puede involucrar riesgos o resultados fallidos, complicaciones, lesiones y hasta la muerte; sea por causas conocidas o desconocidas; y no se garantizan o aseguran los resultados.

### LOS RIESGOS CONOCIDOS ACERCA DE LA CIRCUNCISIÓN SON:

1. Hemorragia (Si esta enterado si hay tendencias o padecimiento alguno de coagulación en su familia, como la hemofilia, por favor informe al medico antes de la circuncisión).
2. Infección.
3. Con la circuncisión puede resultan serias cicatrices en el pene y en el futuro va a haber interferencia en la actividad sexual.
4. De 1 en 30 niños hay probabilidades que se tenga que hacer de nuevo la circuncisión debido a acumulamiento de piel a la edad de dos años.
5. Daño al pene.
6. Reacciones alérgicas a la Lidocaina.

### SU FIRMA AL PIE INDICA SU APROBAMIENTO DE QUE:

- \_\_\_\_\_ Ha leído y accede a lo estipulado;
- \_\_\_\_\_ Su medico le ha explicado el procedimiento de circuncision adecuadamente;
- \_\_\_\_\_ Ha recibido toda la información que desea acerca del procedimiento;
- \_\_\_\_\_ Autoriza y da su consentimiento para que se lleve a cabo el procedimiento, entiende los riesgos, y asume toda la responsabilidad de saber que pueden suscitarse complicaciones durante y/o como resultado de este procedimiento; y
- \_\_\_\_\_ Yo doy autorización y consentimiento para usar una solución sucrosa (Por favor entienda que hay un cargo de \$3.00 no cubierto por seguro medico por el uso de esta solución).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Su nombre: (Letra molde)

\_\_\_\_\_  
Testigo: (Firma)

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha