

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INYECCIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN PENE (TÉCNICA UROFILL™).

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Por la presente solicito y autorizo al Dr. Sergio Moreno Figueroa a realizarme el siguiente procedimiento(s): ***Inyección de ácido hialurónico reticulado en el pene como relleno dérmico, cuya naturaleza mi médico me ha explicado en un lenguaje sencillo que comprendo perfectamente.***

2. Mi médico me ha explicado que el procedimiento mencionado anteriormente es generalmente seguro y bien tolerado. También entiendo que este es un uso no autorizado del producto antes mencionado. Entiendo que siempre existen ciertos riesgos y consecuencias asociados con estos procedimientos, incluidas irregularidades en el pene, sangrado, infección, pérdida de tejido o sensación del pene, la necesidad de revisiones, posible eliminación del relleno, necesidad de cirugía. Mi médico me ha explicado que las complicaciones más comunes se enumeran arriba, pero no excluyen otras posibles complicaciones imprevistas. Mi médico me ha explicado los riesgos, beneficios y cualquier alternativa médica y quirúrgicamente aceptable. Mi médico también ha hablado de las expectativas del proceso de recuperación que están asociadas con los procedimientos.

3. Doy mi consentimiento para la administración de estos medicamentos (anestesia local con lidocaína, suero fisiológico) por mi médico con el fin de reducir el dolor o la incomodidad y/o el estrés emocional que pueda experimentar y para facilitar la hidratación del ácido hialurónico. He sido informado y entiendo los riesgos, beneficios y alternativas.

4. También entiendo que existen riesgos generales al realizar cualquier procedimiento quirúrgico o invasivo, incluidos, entre otros, pérdida grave de sangre, infección, reacción alérgica, paro cardíaco, dolor o muerte. Entiendo que tengo derecho a rechazar este procedimiento, por la presente autorizo y solicito los pasos y procedimientos que mi médico considere convenientes, adicionales o diferentes a los previstos.

5. Doy mi consentimiento para que la oficina elimine adecuadamente cualquier tejido y otros materiales corporales que puedan extraerse durante el curso del procedimiento.

6. Me han informado que no se me han dado garantías ni seguridades sobre ninguno de los resultados y riesgos.

7. Doy mi consentimiento para que otros proveedores de atención médica observen mi procedimiento con fines educativos. Además, doy mi consentimiento para la admisión de observadores calificados y/o asesores técnicos según lo determine mi médico.

8. Además, doy mi consentimiento para que mi médico (o su designado) haga un registro fotográfico, de video o similar del procedimiento(s), que permanecerá bajo la custodia de mi médico para los fines que mi médico me ha explicado y que yo he aceptado.

9. Estoy satisfecho con la explicación que he recibido de mi médico. He hecho preguntas adicionales para satisfacer mis inquietudes. No tengo más preguntas sobre los procedimientos planificados mencionados anteriormente.

HE LEÍDO LOS PÁRRAFOS ANTERIORES Y HAN SIDO EXPLICADOS A MI SATISFACCIÓN.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente, (tutor/sustituto si el paciente no puede firmar): _____

Nombre del Tutor (en caso necesario): _____

Razón de la firma del tutor/sustituto: _____

Fecha: _____

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO: Yo, Dr. Sergio Moreno Figueroa, por la presente certifico que el paciente, tutor o sustituto ha sido completamente informado por mí o por uno de mis médicos o asistentes asociados, en términos sencillos y comprensibles para el paciente, sobre la naturaleza del procedimiento, las alternativas de tratamiento, los posibles resultados o no tratamiento, las expectativas del procedimiento, incluido el proceso de recuperación y los beneficios y riesgos para el paciente, inherentes o asociados con el procedimiento y cuando el uso de agentes anestésicos son administrados por o bajo mi dirección ha autorizado la realización del procedimiento y, cuando corresponda, el anestésico.

Firma del médico: _____

Fecha: _____