

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES:   
“CIRCUNCISIÓN INFANTIL”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: [***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***](https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento)

#### Objetivo Del Procedimiento:

Es **Reparar,** una falla en el prepucio de su hijo, que consiste en una estrechez del prepucio, lo que le impide orinar normalmente y en el futuro podría implicar problemas en la actividad sexual normal.

**Descripción Del Procedimiento:**

La operación se hará bajo Anestesia General. Se llama **CIRCUNCISIÓN O PREPUCIOPLASTIA,** y consiste en agrandar la zona estrecha del prepucio. Es necesario el uso de sutura (puntos) que caerán solos. Si el prepucio es muy corto, el glande pudiera quedar descubierto.

La intervención quirúrgica para esta patología es **Ambulatoria**, es decir, su hijo no se queda a pernoctar en el Hospital.

Su hijo deberá permanecer 7 a 10 días en reposo relativo posterior a la operación.

**Riesgo Del Procedimiento:**

Existen riesgos como todo procedimiento quirúrgico tales como sangramiento, infección de la zona operada, edema (hinchazón).

Hay riesgos inherentes a la Anestesia, que se minimizan por estar presente un profesional **Médico Anestesiólogo**.

**Alternativas Al Procedimiento:**

No hay alternativas.

**Consecuencia De No Aceptar El Procedimiento:**

Infección local y problemas sexuales a futuro.

**Mecanismo Para Solicitar Más Información:**

Médico tratante, jefe de servicio u otros profesionales.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.