



Formulario de Consentimiento Informado para Esterilización Quirúrgica Masculina

Establecimiento de salud	Servicio	
Nombre del usuario	N.º de identificación	Edad
Nombre del profesional que informa	Código profesional	
Nombre del profesional que realiza el procedimiento	Código profesional	

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: la esterilización quirúrgica masculina, también conocida como vasectomía, es una cirugía mediante la cual se realiza una oclusión de ambos conductos deferentes, que son los encargados de transportar los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra.

La cirugía es generalmente ambulatoria, lo que significa que usted puede regresar a su hogar el mismo día de la operación. Se realiza bajo anestesia local y requiere una o dos pequeñas incisiones en el escroto

Este procedimiento está indicado para hombres mayores de edad que no desean tener hijos en el futuro, sin límite de edad para solicitarlo o por razones médicas. Tiene un alto porcentaje de efectividad.

Objetivo y beneficios esperables: con la esterilización quirúrgica se pretende eliminar la fertilidad del hombre.

Alternativas disponibles: de no desear realizarse la esterilización quirúrgica, la CCSS le ofrece como método anticonceptivo el preservativo o condón.

Consecuencias previsible: las complicaciones más comunes relacionadas con la cirugía son: dolor, hematoma (acumulación de sangre) o infección. Estas suelen tratarse sin necesidad de otra cirugía.

Riesgos frecuentes:

Por lo general, los riesgos frecuentes son de baja gravedad, tales como: dolor e inflamación en los testículos, el escroto o la ingle.

Riesgos más graves:

Rara vez se pueden presentar lesiones importantes como las siguientes:

- Muerte del tejido en las heridas, y en los casos más graves, gangrena.
- Sangrado, moretones e incluso la necesidad de quitar un testículo debido a infección o falta de flujo de sangre.



- Existe la posibilidad de que, en algunos casos, los conductos deferentes se reconecten por sí solos, incluso después de mucho tiempo. Si esto ocurre, es posible que usted recupere su capacidad de tener hijos.
- Infección en los testículos.

De presentarse uno de estos riesgos, se debe consultar al Servicio de Emergencias más cercano.

Riesgos personalizados:

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas y sociales que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Observaciones:

Información de interés:

- Es muy importante aclarar que la cirugía no protege de infecciones de transmisión sexual.
- La cirugía para revertir la vasectomía (recanalización) implica otra cirugía de mayor riesgo y no garantiza que se logre recuperar la fertilidad.
- Después de la cirugía debe suspender las relaciones sexuales por siete días. Además, requerirá reposo en su casa durante aproximadamente 4 horas, con aplicación de hielo sobre el área de la cirugía cada 30 minutos. Debe usar suspensorio, traje de baño o calzoncillo ajustado durante siete días, mientras esté sentado o de pie.
- Puede volver a la actividad laboral una vez cumplidos los días de incapacidad otorgados por el médico.
- Es fundamental el uso de anticonceptivo (condón) hasta que haya ausencia de espermatozoides en el semen, lo cual puede durar hasta 12 semanas después de la cirugía.
- Debe acudir al EBAIS para que le realicen un espermograma (conteo de espermatozoides) después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después de la cirugía. En caso de que el conteo de espermatozoides sea positivo, este examen deberá repetirse al mes. Si el resultado sigue siendo positivo, se deberá revalorar su caso en el EBAIS correspondiente.

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:

“Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. Además, declaro que me han explicado oralmente todos



los aspectos referentes al procedimiento y que existe la posibilidad de denegar / revocar el consentimiento sin que afecte otros derechos”.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

¿Acepta someterse a la vasectomía?		(SI)	(NO)
¿Tiene alguna duda respecto al procedimiento, consecuencias y riesgos de la vasectomía?		(SI)	(NO)
_____	_____	_____	_____
Firma o huella del usuario	Fecha		Hora
_____	_____	_____	_____
Firma del profesional que informa	Fecha		Hora

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.

Nombre de la persona a la que se delega	_____	_____	_____
	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 1	Firma o huella	Identificación	Fecha
_____	_____	_____	_____
Nombre del testigo 2	Firma o huella	Identificación	Fecha

Revocatoria:

En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)

He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme la vasectomía que había autorizado.			
_____	_____	_____	_____
Nombre del usuario	Firma o huella	Identificación	Fecha

