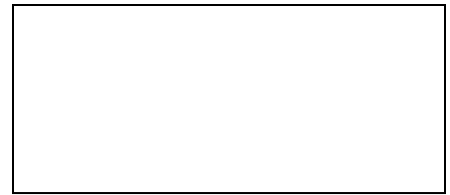


**ST. MARY'S MEDICAL CENTER**  
3700 WASHINGTON AVENUE  
EVANSVILLE, INDIANA 47750  
(812) 485-4000



**Circumcision Consent and  
Procedure Form**  
**Formulario de consentimiento para la circuncisión y  
Formulario de la intervención**

La circuncisión es el procedimiento quirúrgico para cortar el prepucio, nombre que se le da a la piel que recubre la punta del pene, a la cual se le llama glande. Actualmente, la circuncisión del recién nacido no se considera necesaria desde el punto de vista médico. Dos afecciones poco frecuentes que se pueden desarrollar más adelante en la vida y que podrían requerir de la circuncisión son la balanitis (inflamación del glande del pene) y la fimosis (estrechamiento de la abertura del prepucio que pudiese ocasionar dificultad para orinar).

Se elige la circuncisión hoy en día por una de las siguientes razones:

1. Creencias religiosas o
2. Preferencia personal de los padres.

Las posibles complicaciones son: sangrado, infección, lesión del pene o un resultado imperfecto.

¿Existen antecedentes familiares de trastornos hemorrágicos (por ejemplo: hemofilia o enfermedad de Von Willebrand)?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Yo, \_\_\_\_\_, hago saber que leí la información anterior sobre las indicaciones para la circuncisión y por el presente doy autorización para que se le realice la circuncisión a mi hijo recién nacido, \_\_\_\_\_, por el Dr. \_\_\_\_\_, o por el médico que él o ella asignen.

\_\_\_\_\_  
(Firma de uno de los padres)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Hora)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Hora)

Con plena conciencia de los riesgos, beneficios y alternativas de este procedimiento, el representante del paciente da su autorización para que se realice la circuncisión del niño.

\_\_\_\_\_  
(Firma del médico)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Fecha) (Hora)

**Pre- Procedure Note/Observaciones previas a la intervención**

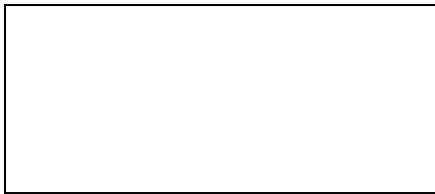
Baby has voided (el bebé orinó)\_\_\_\_\_ Initial exam done (el médico lo examinó)\_\_\_\_\_ ID bracelet checked by (el brazalete de identidad fue verificado por)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_cc of EMLA Cream applied topically to penis by (la enfermera le aplicó \_\_\_\_\_mililitros de crema EMLA al bebé en el pene) \_\_\_\_\_ at (a las) \_\_\_\_\_  
(Nurse's Name / Nombre de la enfermera) (Time / Hora)

\_\_\_\_\_ % Xylocaine injected intradermal by physician prior to procedure./ Xilocaína con una concentración de \_\_\_\_\_%, inyectada por el médico por vía intradérmica antes de hacer la circuncisión.



**ST. MARY'S MEDICAL CENTER**  
 3700 WASHINGTON AVENUE  
 EVANSVILLE, INDIANA 47750  
 (812) 485-4000



**Infant Bedside Invasive  
 Pre-Procedure Checklist**  
**Control de cada paso de una intervención invasiva  
 del recién nacido realizada en la habitación**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Time/Hora: \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

	Initials of Staff/Iniciales del personal		Comments/ Observaciones
	NBN Staff (Unidad de neonatos)	Procedure Staff (Unidad quirúrgica)	
1. A. Patient identified with two identifiers (se verificó la identidad del paciente mediante dos identificadores)			
2. B. Patient ID band on (el paciente lleva puesto el brazalete de identidad)			
3. Valid H & P on chart (antecedentes y examen válidos en el historial)			
4. Consent for procedure on chart and verified with parent or guardian and physician documentation. (Consentimiento para la intervención en el expediente, verificado por uno de los padres (o el tutor), y por los documentos del médico.)			
5. Verify correct site/person/procedure verified with parent or guardian and physician documentation. (Lugar de la intervención, nombre del paciente, e intervención, verificados por uno de los padres (o el tutor), y por los documentos del médico.)			
6. Procedure TIME OUT completed, as per policy, the correct site/patient and procedure verbally acknowledged with all procedure team members. (Se realizó la verificación final antes de la intervención y, conforme a las normas, cada uno de los miembros del equipo quirúrgico verificó verbalmente el lugar de la intervención, el nombre del paciente y la intervención.)			

Signature/Title (Firma y título)	Initials/ Iniciales	Date/ Fecha	Signature/Title (Firma y título)	Initials/ Iniciales	Date/ Fecha

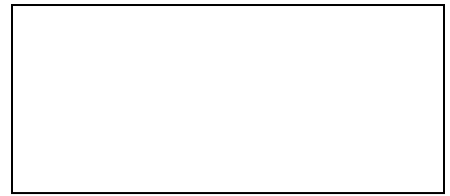
**Post Procedure Note /Apunte médico posterior a la intervención**

Pre-op diagnosis: uncircumcised penis /  
 Diagnóstico previo a la intervención: pene no circuncidado

Post-op diagnosis: circumcised penis /  
 Diagnóstico posterior a la intervención: pene circuncidado



**ST. MARY'S MEDICAL CENTER**  
3700 WASHINGTON AVENUE  
EVANSVILLE, INDIANA 47750  
(812) 485-4000



**Post Procedure Note /Apunte médico posterior a la intervención**

Procedure: circumcision /

Intervención: circuncisión

By Dr.(realizada

por): \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Time/Hora: \_\_\_\_\_

Gomco: \_\_\_\_\_ Mogan Clamp: \_\_\_\_\_ Plastibell: \_\_\_\_\_

After the circumcision, the following was applied (luego de la circuncisión se le aplicó):

Vaseline Gauze (gasa con vaselina) \_\_\_\_\_ or (o) Surgicel \_\_\_\_\_

Complications (complicaciones): \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yes (Sí)

Estimated blood loss (volumen aprox. de pérdida de sangre): \_\_\_\_\_ Specimens (muestras):  None (ninguna)

Condition (estado de salud):  stable/satisfactory (estable/satisfactorio)

Physician's Note (apunte médico): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date (Fecha): \_\_\_\_\_ Time (Hora): \_\_\_\_\_

