

**CONSENTIMIENTO PARA EL PROCESO DE ORGASMO EN CORTO / O TIRO  
VAGINAL SUBMUCOSO / SUBURETRAL, CLITORAL, Y / O LABIAL INYECCIÓN  
DE PLAQUETAS RICAS DE PLASMA Y ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA**

**A. CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO DE TIRO / O SHOT DEL  
ORGASMO.**

He recibido información sobre mi condición, el tratamiento propuesto, las alternativas y los riesgos relacionados. Este formulario contiene un breve resumen de esta información. He recibido una explicación de los términos de unfamiliar y se me ha ofrecido la oportunidad de hacer preguntas. No he recibido ninguna promesa, garantía o garantía de que someterme al procedimiento Disparo / Disparo del Orgasmo logre un resultado particular. Entiendo completamente que los resultados individuales varían, y que el Dr.TANGCHITNOB, no asume ninguna responsabilidad por el fracaso para lograr un resultado deseado. Entiendo que puedo rechazar el consentimiento y DAR MI CONSENTIMIENTO INFORMADO Y VOLUNTARIO al procedimiento propuesto y a los demás asuntos que se muestran a continuación. También doy mi consentimiento a la importancia de cualquier procedimiento adicional determinado en el curso de un procedimiento para estar en mi mejor interés y donde la demora pueda afectar mi salud.

1. Autoricé al Dr.TANGCHITNOB,  
para tratar mi afección, incluso realizar un diagnóstico adicional y los procedimientos que se describen a continuación, y tomar las fotografías necesarias.
2. Entiendo que los procedimientos de Shot / O Shot de orgasmo propuesto son: un procedimiento para el rejuvenecimiento vaginal, labial y del clítoris, utilizando factores de crecimiento derivados de la sangre (matriz de fibrina rica en plaquetas (PRFM), plasma rico en plaquetas (PRP) ) inyecciones
3. Entiendo que el riesgo asociado con los procedimientos propuestos es:  
Sangría  
Infecciones  
Retención urinaria  
Sin efecto en absoluto  
Reacciones alérgicas  
Conocimiento constante del punto G  
Una sensación de estar siempre excitado sexualmente  
Preocupación mental del punto G

Alteración de la función del punto G  
Alteración de la función sexual  
Hematoma  
Lesión uretral (tubo por el que orina)  
Retención urinaria  
Hematura (sangre en la orina)  
UTI (infección del tracto urinario)  
Urgencia urinaria (sienta que siempre tiene que orinar)  
Frecuencia de Urinqry  
Aumento / empeoramiento de la nicturia (despertarse varias veces durante la noche para orinar)  
Fístula vaginal uretral (agujero entre la uretra y la vagina)  
Fístula Vesico-vaginal (entre la vejiga y la vagina)  
Dispareunia (coito doloroso)  
Necesidad de una cirugía posterior  
Formación de cicatriz (vaginal)  
Estenosis uretral (estrechamiento anormal de la uretra)  
Infarto y necrosis de tejido local  
Las infecciones por hongos  
Descargas vaginales  
Manchado entre períodos  
Dolores de vejiga  
Vejiga hiperactiva (VH)  
Plenitud de vejiga  
Material expuesto  
Dolores pélvicos  
Pesadez pélvica  
Erosiones  
Fatiga  
Daño a órganos cercanos como vejiga, uretra y uretra y uréteres  
Alteración de la dinámica de la vejiga  
Dolor postoperatorio  
Dolor prolongado  
Dolor intratable  
Alteración del ciclo de respuesta sexual femenina  
Procedimiento fallido  
Resultados variados  
Alteraciones psicológicas  
Problemas de pareja  
Alteración de la vida sexual  
Disminución de la función sexual  
Posible hospitalización para el tratamiento de complicaciones

Toxicidad de lidocaína  
Reacción de anestesia  
Embolia  
Depresión  
Reacciones a medicamentos incluyendo anafilaxia  
Daño en el nervio  
entumecimiento permanente  
Curación lenta  
Disfunción sexual  
Alergia  
Formación nódulo

4. También entiendo que puede haber otros RIESGOS O COMPLICACIONES. O LESIONES GRAVES por causas conocidas y desconocidas. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han garantizado los riesgos del procedimiento.

5. Entiendo que el uso de PRP en este procedimiento es un uso "fuera de la etiqueta", y no se realiza ninguna promesa o declaración, garantía o garantía con respecto a su uso, beneficio u otra calidad. No se realizan representaciones de que el uso de este producto y este procedimiento esté aprobado por la FDA o por cualquier otra agencia del gobierno federal o estatal. Entiendo que las alternativas a los procedimientos propos y los riesgos relacionados sean: no hacer nada.

#### **CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA**

cuando el médico usa anestesia local y / o sedación:

Doy mi consentimiento para que se administren los anestésicos locales que el médico a cargo de mi atención considere necesarios. Entiendo que los riesgos de la anestesia local incluyen: malestar local, hinchazón, hematomas, reacción alérgica a los medicamentos y convulsiones de la lidocaína.

#### **B. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE:**

Al firmar a continuación, declaro que tengo 18 años de edad o más, o de lo contrario, estoy autorizado para dar mi consentimiento. He leído o he explicado el contenido de este formulario. Entiendo la información en este formulario y doy mi consentimiento a lo que se describe arriba y a lo que se me ha explicado.

SIGNATURE OF PATIENT and DATE

**C. ATESTACIÓN DEL MÉDICO**

He explicado el (los) procedimiento (s), la (s) alternativa (s) y los riesgos a la persona o personas cuya firma está colocada arriba. El paciente me ha comunicado verbalmente que entiende el contenido de esta forma.

**FIRMA DEL MÉDICO O DESIGNADO OBTENIENDO CONSENTIMIENTO y FECHA****D. ATENCIÓN AL INTÉRPRETE (cuando corresponda)**

He proporcionado traducción a la (s) persona (s) cuya (s) firma (s) son afijos anteriores.

**FIRMA DEL INTÉRPRETE y FECHA****E. ATESTACIÓN DEL TESTIGO**

He sido testigo de que el médico o la persona designada anteriormente explican el (los) procedimiento (s), la (s) alternativa (s) y los riesgos para la persona o personas cuya firma se fijó anteriormente. He sido testigo de que el paciente mencionado anteriormente comunicó verbalmente al médico o persona designada anterior que entiende la información y el consentimiento de este formulario.

**FIRMA DE TESTIGO y FECHA**