



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Cross Linking

Consentimiento Informado Para Cirugía De Cross Linking

Consentimiento Informado Para Cirugía De Cross Linking

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a un procedimiento quirúrgico de:

CROSS LINKING

Lado del ojo.....

INFORMACIÓN

Por el presente instrumento dego constancia que he recibido la información que considero adecuada y que he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas, respecto del procedimiento así denominado CROSS LINKING, información que se ha referido, entre otros, a los siguientes puntos:

- 1) La enfermedad que padezco en mi córnea ha sido explicada y demostrada por el médico tratante a través de exámenes que así lo demuestra.
- 2) Las alternativas de tratamiento y la alternativa médicamente indicada, que consiste en procedimiento Cross Linking. Entre las alternativas se cuenta seguir utilizando lentes de contacto. Sin embargo he decidido, en base a la información otorgada y obtenida el procedimiento Cross Linking es una buena opción para obtener un enlentecimiento de mi enfermedad y, eventualmente detención de ésta.
- 3) La naturaleza, fines, beneficios y molestias de esta alternativa así como los riesgos más frecuentes y más graves, como la temporalidad del tratamiento han sido analizados in extenso destacando entre los riesgos los siguientes:
 1. Relacionados con el tipo de anestesia y el uso de medicamentos pre y post operatorios.
 2. Eventualmente se requerirá de uso de un lente de contacto transitorio al término de la cirugía
 3. Exista la posibilidad que la cirugía se deba interrumpir ante un imprevisto que, según juzgue el médico, signifique un riesgo para mi salud.
 4. Es una cirugía con baja probabilidad de complicaciones, la mayoría de ellas leves y pasajeras. Entre las principales están:
 - a. Sensación de ojo seco que requiere uso de lágrimas por algunas semanas.
 - b. Visión borrosa durante los primeros días.
 - c. Visión de halos alrededor de las luces
 5. En casos excepcionales pueden ocurrir complicaciones graves como infección de la córnea, deformación de ésta, o cualquier otra complicación que requiera tratamiento adicional como por ejemplo, trasplante de córnea, para intentar reparar un eventual daño grave, que ponga en riesgo la visión y/o el globo ocular.
- 4) La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

5) La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización o tratamientos más prolongados con mayores costos asociados.

6) La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el procedimiento quirúrgico de:

CROSS LINKING.

Lado del ojo.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut:Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico:Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).