



Consentimiento Informado Para
Cirugía Refractiva

Consentimiento Informado Para Cirugía Refractiva

Consentimiento Informado Para Cirugía Refractiva

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, al tratamiento de:
CIRUGÍA REFRACTIVA

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN GENERAL

La hipótesis diagnóstica es de Vicio de refracción de mis ojos, derecha e izquierda.

La alternativa de tratamiento consiste en continuar utilizando anteojos y/o lentes de contacto; sin embargo, he decidido, en base a la información otorgada y obtenida que LA CIRUGÍA REFRACTIVA LÁSER es una buena opción de corrección para mi cuadro clínico en este momento, aunque es posible que no corrija la totalidad de mi problema, como tampoco la presbicie si la hubiere.

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, 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 el uso de un lente de contacto transitorio al final de la cirugía.
3. Existe la posibilidad que la cirugía se deba interrumpir ante un imprevisto que, según juzgue el médico, signifique un riesgo para mi salud.
4. Aproximadamente, el 15% de los casos puede quedar, después del tratamiento, con algún grado de miopía, astigmatismo o hipermetropía. La decisión de tratar este defecto residual será motivo de análisis con el médico durante los meses posteriores a la cirugía.

Es una cirugía con baja probabilidad de complicaciones, la mayoría de ellas leves y pasajeras.

Entre las principales están: la sensación de ojo seco que requiere el uso de lágrimas artificiales por algunas semanas o meses, la visión de halos alrededor de las luces y la visión borrosa durante los primeros días.

En casos excepcionales pueden ocurrir complicaciones graves como infección de la córnea, deformación de ésta, problemas relacionados con el flap corneal defectuoso o traumatizado, o cualquier otra complicación que requiera tratamiento adicional como por ejemplo, transplante de córnea, para intentar reparar un eventual daño grave, que ponga en riesgo la visión y/o el globo ocular.

La presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización o tratamiento más prolongados con mayores costos adicionales.



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 tratamiento para:
CIRUGÍA REFRACTIVA

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).