



Consentimiento Informado Para  
Cirugías De Pterigion Y Patologías De  
La Conjuntiva

## **Consentimiento Informado Para Cirugías De Pterigion Y Patologías De La Conjuntiva**

## Consentimiento Informado Para Cirugías De Pterigion Y Patologías De La Conjuntiva

---

Mi hipótesis diagnóstica es: .....

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento: .....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

### DECLARO:

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:  
**CIRUGÍA DEL PTERIGION Y PATOLOGÍAS DE LA CONJUNTIVA**

Lado del Ojo:.....

## **INFORMACIÓN GENERAL**

La conjuntiva es un tejido parecido a una membrana, que rodea el globo ocular; puede verse afectada por múltiples patologías, enfermedades que van desde las conjuntivitis, pasando por los tumores benignos de conjuntiva, hasta lesiones malignas, es decir, cáncer de conjuntiva. Es por esto que ante cualquier lesión de la conjuntiva, el paciente debe acudir de inmediato y ser evaluado por un oftalmólogo, quien decidirá si el paciente requiere tratamiento médico o cirugía.

Dentro de los tumores benignos de la conjuntiva tenemos el Pterigion, que es el engrosamiento y proliferación de la conjuntiva hacia la córnea, relacionado con la exposición durante años a la luz ultravioleta.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por su cirujano. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

### **En qué consiste la cirugía del Pterigion y otras patologías de la conjuntiva**

Consiste en la extirpación de una formación proliferativa de la conjuntiva que invade la córnea. Para disminuir la reproducción, se puede aplicar la técnica que considera un injerto de conjuntiva, obtenido del mismo ojo.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

### **Riesgos de la cirugía de Pterigion y otras patologías de la conjuntiva**

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la condición clínica del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad).

#### **Y los específicos del procedimiento.**

- Opacificación corneal.
- Ulceras corneales.
- Reproducción del Pterigion que es un hecho bastante frecuente en esta enfermedad.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

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 quirúrgico para:  
**PTERIGION Y PATOLOGÍAS DE LA CONJUNTIVA**

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).