



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Cataratas

Consentimiento Informado Para Cirugía De Cataratas

Consentimiento Informado Para Cirugía De Cataratas

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 quirúrgico de:

CATARATA

Del ojo:.....

INFORMACIÓN GENERAL

La catarata es una pérdida de transparencia del cristalino que produce una disminución progresiva de la visión.

El tipo de anestesia requerida será la indicada por el cirujano.

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 de catarata

La intervención de catarata consiste en la extracción del cristalino opaco, con o sin colocación de cristalino artificial o lente intraocular.

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

Riesgos de la cirugía de catarata

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, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, y los específicos del procedimiento.

Los riesgos de la propia intervención oftalmológica más importantes, aunque muy raros y poco frecuentes, incluyen la pérdida ocular por hemorragia expulsiva o por infección grave. Otras complicaciones son el desprendimiento de retina, aumento de la presión ocular, hemorragias intraoculares, alteraciones de la transparencia de la córnea, dehiscencia de la sutura, patología macular, opacidad de la cápsula posterior, deformidad pupilar y dislocación del lente que llevarían a una posterior intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia.

Que otras alternativas hay

No existen alternativas a esta cirugía ya que no se dispone de otro método para sustituir el cristalino alterado y tampoco hay medicamentos que resuelvan el problema sin necesidad de operar.



Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntar al especialista responsable que le atenderá con mucho gusto.

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:

CATARATA

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).