



Consentimiento Informado  
Implante De Lente Fáquico.

## **Consentimiento Informado Para Implante De Lente Fáquico.**

## Consentimiento Informado Para Implante De Lente Fáquico.

---

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 para **IMPLANTE DE LENTE FAQUICO**.

## **INFORMACIÓN GENERAL**

Los vicios de refracción son un grupo de enfermedades muy comunes constituídos por la miopía, astigmatismo e hipermetropía.

Para su corrección quirúrgica se emplean técnicas de cirugía refractiva, dentro de las cuales las técnicas con láser excimer son las más comunes.

Hay pacientes en los cuales la cirugía con láser está contraindicada pudiéndose optar por el implante de lente intraocular Fáquico, el cual tiene la ventaja de implantarse preservando el cristalino y por ende la capacidad de acomodación o enfoque. Esto ocurre habitualmente en pacientes jóvenes con altos errores refractivos, córneas muy delgadas u otras situaciones específicas.

### **En que consiste la cirugía de Implante De Lente Intraocular Faquico?**

Se trata de una cirugía intraocular con microincisión corneal en la que se implanta el lente dentro del ojo por delante del cristalino y según el modelo va por delante o por detrás del iris.

Normalmente se realiza con anestesia tópica y es ambulatoria, aunque puede realizarse con anestesia local o general en casos excepcionales.

Dependiendo del tipo de lente que se va a implantar será necesario en algunos pacientes la realización de iridotomías con Yag laser días antes de la cirugía de implante.

### **Riesgos de la Cirugía de Implante de Lente Intraocular Faquico:**

#### Generales

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, los pacientes pueden tener complicaciones comunes a toda intervención quirúrgica y que pueden afectar otros órganos de acuerdo a sus enfermedades pre-existentes.

#### Específicos

Por ser una cirugía intraocular existe el riesgo de complicaciones muy graves aunque muy infrecuentes como la infección intraocular y la hemorragia expulsiva. Otra complicación grave pero infrecuente es el desprendimiento de retina.

Otras complicaciones incluyen el aumento de presión intraocular durante o después de la cirugía, opacificación del cristalino (catarata) que puede ocurrir incluso años después de la cirugía, error en el cálculo del lente intraocular que requiera o no de una cirugía complementaria para su corrección, cambios de posición del lente, deslumbramiento nocturno, pérdida de la transparencia corneal y pérdida de la agudeza visual.

Las complicaciones son infrecuentes y en la mayoría de los casos se resuelven con tratamiento médico aunque algunos casos necesitarán de una reintervención.

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:  
**IMPLANTE DE LENTE FAQUICO**

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).