

CONSENTIMIENTO PARA COLOCACION DE LENTE FAQUICA.

Ciudad y Fecha:/...../20.....-

1. Yo, con diagnóstico de, habiéndome explicado detalladamente, en términos claros y sencillos, las características e implicancias de mi patología, como así también los alcances, objetivos, características y beneficios esperados de la cirugía, por el presente autorizo al **Dr./a**y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención quirúrgica conocida como COLOCACION DE LENTE FÁQUICA en ojo, la cuál se llevará a cabo en
2. Se me han explicado los riesgos de la intervención. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente informados:
 - 2.1. Se trata de un procedimiento para corregir la miopía elevada sin extraer el cristalino, mediante la colocación de una lente intraocular, que bien puede ser de cámara anterior (se coloca adherido al iris) o de cámara posterior (apoyado sobre el cristalino). La anestesia habitualmente es local (inyección en los tejidos que rodean el ojo o gotas), aunque en definitiva será la que indique el médico. En ciertos casos está indicada la anestesia general. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento o plan quirúrgico, debido a hallazgos intraoperatorios u otras razones, todo a fin de proporcionar un tratamiento más adecuado. Estoy en conocimiento que durante el acto quirúrgico me va a ser colocado la siguiente lente:.....-
 - 2.2. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta ejecución, pueden presentarse complicaciones o efectos adversos inevitables, propios de toda intervención en general, y en particular de este tipo de cirugía.
 - 2.2.1. Las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse relativas a la cirugía a realizar son las descriptas por la bibliografía médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: infección, hemorragias, rechazo del injerto, queratitis microbianas, aumento transitorio de la presión ocular, discoria pupilar y edema corneal; así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico.
 - 2.2.2. Se me ha explicado que la gran mayoría de las complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía, o bien después de la misma, mediante medicación o una nueva cirugía (en ciertas ocasiones de urgencia).
3. Soy consciente que medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizado la obtención del mismo.
4. Se me ha aclarado que durante el curso de la intervención condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien el designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
5. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (*marcar "Sí o No"*) es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de

mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.

6. Se me ha explicado que existen tratamientos alternativos al propuesto, como ser:, pero asimismo se me ha especificado que dada las características y alcances de mi afección ocular, el tratamiento propuesto es el mas aconsejable. También se me ha aclarado que de no aceptar tratamiento de mi afección corro riesgo de
7. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención realizada, cumpliendo fielmente los controles y cuidados pos operatorias que el médico me ha explicado y proporcionado por escrito, como así también tener en cuenta las pautas de alarma que también me han sido precisadas por el mismo medio, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-
8. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.-
9. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.-
10. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
11. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que lo integran, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: