

**CONSENTIMIENTO PARA CAPSULOTOMIA POSTERIOR (YAG LASER).**

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

1. Yo ....., con diagnóstico de ....., luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los alcances y riesgos de mi patología, como así también los objetivos, alcances, características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, por el presente autorizo al Dr. .... y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención conocida como CAPSULOTOMIA POSTERIOR en ojo ....., la cuál se llevará a cabo en .....
2. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. 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. La opacificación de la cápsula posterior es una complicación que puede aparecer meses o años después de la cirugía de cataratas, y es generada por el crecimiento de un velo epitelial por detrás del lente intraocular.
  - 2.2. La capsulotomía posterior con Yag Laser es un procedimiento ambulatorio, considerado como método habitual para el tratamiento de la opacidad capsular posterior. Luego de dilatar la pupila se aplica un haz de laser a través de la lente intraocular sobre la cápsula posterior, realizándose una apertura en el centro de la opacidad.
  - 2.3. El procedimiento requiere cooperación del paciente, y en ocasiones puede requerir sedación.
  - 2.4. 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 práctica.
    - 2.4.1. Las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse relativas al procedimiento 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: aumento del riesgo de desprendimiento de retina, edema macular, prolapso de vítreo a la cámara anterior, disrupción hialoidea anterior, incremento transitorio de la presión intraocular.
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. Estoy en conocimiento 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 que de no aceptar el tratamiento corro riesgo de.....
6. 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.-
7. 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.-

8. 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.-
9. 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.
10. 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 integran el mismo, 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: .....