

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE ESTRABISMO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/__

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Estrabismo es la desviación de uno o los dos ojos. Hay varios tipos de estrabismo, pero los más frecuentes son desviaciones hacia adentro (estrabismo convergente), o hacia fuera (estrabismo divergente).

La cirugía ocular que pretende restablecer el paralelismo de los globos oculares y la desaparición de tortícolis si existe, así como alcanzar resultados estéticos aceptables, y en edad infantil, disponer al ojo para desarrollar una correcta función visual.

El tipo de anestesia requerida será la recomendada por el médico tratante, (en niños, anestesia general, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella).

Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

¿En qué consiste la cirugía?

El procedimiento quirúrgico consiste en el desplazamiento de los músculos que rodean los ojos y conseguir de esta forma su alineamiento y la desaparición del estrabismo y de posiciones viciosas de la cabeza.

En ocasiones, es necesaria más de una cirugía para conseguir un resultado satisfactorio. En el caso de suturas ajustables, debe realizarse un realineamiento a las 24 horas de la intervención, modificando la longitud de las suturas previa anestesia tópica.

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.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos, medios de contraste u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Intraoperatorios

- Pérdida o rotación muscular.
- Hemorragia.
- Perforaciones esclerales durante la sutura.
- Perforaciones esclerales durante la sutura.
- Dificultad para aislamiento muscular en reintervenciones.

Postoperatorias

- Hemorragias subconjuntivales.
- Adherencias tenonianas.
- Quistes conjuntivales.
- Granulomas.
- Cicatriz retráctil.
- Dehiscencia de suturas.
- Queratitis marginal.
- Hipo o hipercorrecciones.
- Limitaciones de la movilidad de los ojos y tortícolis.
- Infecciones muy poco frecuentes.

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

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente **(marque con una X)**:

Ojo derecho

Ojo Izquierdo

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Estrabismo** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE ESTRABISMO, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)