

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA REFRACTIVA**

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

La Cirugía Refractiva, se realiza cuando usted padece de Vicio de refracción de sus ojos, derecha e izquierda.

¿En qué consiste la cirugía?

Existen dos técnicas para la cirugía refractiva con láser, la cirugía Lasik y PRK. Ambas técnicas consisten básicamente en aplicar un láser en la córnea, con lo que los especialistas pueden modificar la curvatura, mejorando la visión de los pacientes.

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. Eventualmente se requerirá el uso de un lente de contacto transitorio al final de la cirugía.

Aproximadamente, el 15% de los casos puede quedar, después del tratamiento, con algún grado de miopía, astigmatismo o hipermetropía. La decisión de tratar este defecto residual será motivo de análisis con el médico durante los meses posteriores a la cirugía.

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:**

- Sensación de ojo seco que requiere uso de lágrimas por algunas semanas o meses.
- Visión borrosa durante los primeros días.
- Visión de halos alrededor de las luces.

En casos excepcionales pueden ocurrir complicaciones graves como infección de la córnea, deformación de ésta, problemas relacionados con el flap corneal defectuoso o traumatizado, o cualquier otra complicación que requiera tratamiento adicional como, por ejemplo, trasplante de córnea, para intentar reparar un eventual daño grave, que ponga en riesgo la visión y/o el globo ocular.

La presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización o tratamiento más prolongados con mayores costos adicionales.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Tratamiento alternativo: continuar utilizando anteojos y/o lentes de contacto; sin embargo, La Cirugía Refractiva Láser es una buena opción de corrección para su cuadro clínico en este momento, aunque es posible que no corrija la totalidad de su problema, como tampoco la presbicie si la hubiere.

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 la **Cirugía Refractiva** 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 INDICACIONES Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA REFRACTIVA, 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)