

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Lugar: Hospital Especializado de Ojos

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Declaro estar informado que la enfermedad que padezco consiste en _____

y autorizo en la persona de el (los) doctor (es) Nombre del médico _____

a realizar el siguiente procedimiento _____

_____ en **OD** **OI**

Declaro que previamente se me ha explicado detalladamente el contenido y alcance del mismo y que tengo conocimiento de su naturaleza y posibles complicaciones y/o consecuencias inmediatas o diferidas para mi salud a causa del mismo. Se me han aclarado debidamente las **complicaciones** que pueden originarse tanto a nivel local, regional y/o general, para procedimientos o cirugías de:

Anexos (cejas, párpados, conjuntiva, vía lagrimal, músculos y cápsula de Tenon)

Segmento anterior (córnea, cristalino, iris y humos acuoso)

Segmento posterior (retina, nervio óptico, músculo ciliar y humor vítreo)

Reconozco que la medicina no es una ciencia exacta y que, a pesar de que se me ha informado y explicado previamente por parte del equipo de salud, pueden presentarse situaciones imprevistas que hagan necesario implementar actos médicos diferentes a los acordados previamente.

Doy consentimiento a la administración de anestesia

Autorizo a que el cirujano o quien él designe, realice curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.

Derecho a NO consentir o retirar el consentimiento: se me informa que puedo no consentir la realización del referido procedimiento y que en cualquier momento y sin expresión de causa o explicación, puedo revocar este consentimiento.

Dejo constancia en consecuencia que me encuentro suficientemente asesorado(a) de el (los) procedimiento (s) a realizarse, lo cual consiento voluntariamente, en uso de mi derecho de decisión y en el pleno goce de mis facultades mentales.

Firma del paciente o responsable legal

Firma aclaración y/o sello médico tratante