

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA REFRACTIVA CON LA TECNICA L.A.S.I.K.

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

1. Yo, 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 CIRUGIA REFRACTIVA CON TECNICA L.A.S.I.K en ojo, la cual 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 una cirugía que tiene por finalidad tratar problemas de miopía, hipermetropía y astigmatismo, los cuales afectan la nitidez de nuestra visión. En mi caso padezco.....-
 - 2.2. La cirugía tiene por objeto cambiarle la forma a la córnea (que es el tejido transparente en el sector anterior del ojo) mediante la acción del laser. La cirugía tiene dos etapas: primero un aparato que funciona como una afeitadora automatizada (microquerátomo) corta una tapita o lámina de córnea muy fina que queda adherida a la córnea por una bisagra; en la segunda parte de la cirugía, el laser modifica la forma del resto de la córnea. Luego el cirujano vuelve a colocar aquélla tapita en su lugar. La anestesia es local con gotas.-
 - 2.3. Que se trata de una cirugía que busca disminuir el problema óptico que tiene el ojo para que el paciente dependa lo menos posible de anteojos y/o lentes de contacto, aunque la cirugía no evita el uso de los mismos.
 - 2.4. Se trata de una cirugía electiva, en el sentido de que no es imprescindible hacerla para que nuestros ojos sigan funcionando, por lo tanto no existe ninguna urgencia para efectuarla.-
 - 2.5. A pesar de la adecuada elección tanto de la tecnología como de la técnica, y su correcta ejecución, pueden presentarse igualmente complicaciones o efectos adversos inevitables, derivados de la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc), como así también propios de toda intervención en general, y en particular de este tipo de cirugía, los cuales pueden no solo producir mayor disminución o pérdida de la visión del ojo operado, sino también la necesidad de nuevas cirugías para intentar corregirlas.
 - 2.5.1. Las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse relativas a la cirugía a realizar son las descritas por la bibliografía médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: perforación, corte total sin bisagra, corte incompleto o desplazamiento de la tapita corneal, pliegues en la misma, crecimiento de células debajo de la tapita corneal, lesiones en la superficie de la córnea, perforación corneal, desplazamiento hacia adelante o afinamiento de la córnea, dificultades de cicatrización de la córnea, infección corneal, hemorragia macular, pérdida parcial de la corrección lograda, desprendimiento de retina, así como las complicaciones propias del procedimiento anestésico.-
 - 2.5.2. 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 la 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 él 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. 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.-
6. 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.-
7. 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.-
8. 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.
9. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.-

Firma del paciente: Aclaración:.....

Documento: Domicilio:

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concuro 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: