

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA DEL ESTRABISMO.

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 DEL ESTRABISMO, la cuál 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. El estrabismo es la desviación de los ojos. Hay varios tipos de estrabismo pero los más frecuentes son desviaciones hacia adentro (estrabismo convergente) o hacia fuera (estrabismo divergente). El estrabismo provoca dificultad para ver en relieve y puede provocar una disminución en la visión del ojo.
 - 2.2. La cirugía se efectúa por fuera del ojo y busca restablecer el paralelismo de los globos oculares, disponer al ojo para desarrollar una correcta función visual, la desaparición de tortícolis si existe, así como alcanzar resultados estéticos aceptables (<5° de desviación). Básicamente lo que hace el cirujano es debilitar y/o reforzar los músculos que mueven al ojo en las distintas posiciones de la mirada. La anestesia es general en el caso de niños. En ciertas ocasiones es necesario 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 debido a hallazgos intraoperatorios, todo a fin de proporcionar un tratamiento más adecuado.-
 - 2.3. A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta ejecución, pueden presentarse complicaciones o efectos adversos inevitables, derivados de la situación vital del paciente, como así también propios de toda intervención en general, y en particular de este tipo de cirugía.-
 - 2.3.1. Las complicaciones o efectos adversos que pueden presentarse relativas a la cirugía a realizar son las descritas por la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: perforaciones esclerales durante la sutura, endoftalmítis (infección dentro del ojo), desviación posoperatoria de los ojos, visión doble, posición alterada de los párpados, inflamación y/o infección de los tejidos que rodean al ojo, hemorragias, desprendimiento de retina, isquemia, adherencias tenonianas, quistes conjuntivales, granulomas, cicatriz retráctil, dehiscencia de suturas, queratitis marginal, hipo o hipercorrecciones.
 - 2.3.2. 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. 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. Estoy en conocimiento de que en la cirugía se utilizará anestesia..... Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

6. Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 incs. g) y h) de la ley 26.529 (según modificación introducida por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
7. Se me ha informado que NO existen tratamientos alternativos al propuesto. También se me ha aclarado que cuando el paciente es un menor de no realizarse el tratamiento se corre riesgo de padecer una ambliopía profunda (disminución de la visión por falta de madurez), a mas del aspecto estético que involucra tanto a menores como adultos.
8. 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 definitiva; 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.-
9. 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.-
10. 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.-
11. 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.
12. 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 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: