

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA ABIERTA DE CATARATA**

FECHA:.....

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....  
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha explicado que la catarata es una pérdida de transparencia del cristalino que produce una disminución progresiva de la visión y que consiste en la extracción del cristalino opaco, con o sin colocación de cristalino artificial o lente intraocular.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado.

El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende la extracción del cristalino opaco.

**ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO**

El cirujano/a me ha explicado, que no existen alternativas a esta cirugía ya que no se dispone de otro método para sustituir el cristalino alterado y tampoco hay medicamentos que resuelvan el problema sin necesidad de operar.

**RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

Los riesgos de la propia intervención oftalmológica más importantes, aunque muy raros y poco frecuentes, incluyen la pérdida ocular por hemorragia expulsiva o por infección grave. Otras complicaciones son el desprendimiento de retina, aumento de la presión ocular, hemorragias intraoculares, alteraciones de la transparencia de la córnea, dehiscencia de la sutura, edema macular, opacidad de la cápsula posterior, deformidad pupilar y dislocación del lente que llevarían a una posterior intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS**

.....  
.....



DECLARACION Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

Sr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT: .....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....)  
 .....

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT:.....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

