

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA DE CATARATAS.

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

1. Yo, con diagnóstico presuntivo de, habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi enfermedad, los riesgos de la misma, los objetivos, alcances, características y beneficios esperados de la cirugía, autorizo al **Dr./a**..... y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención quirúrgica conocida como CIRUGIA DE CATARATAS en ojo, la cuál se llevará a cabo en
2. He sido informado/a acerca de:
 - 2.1. La catarata es una pérdida de transparencia del cristalino que produce una disminución progresiva de la visión. Las imágenes se tornan borrosas o la luz deslumbra.
 - 2.2. La cirugía de cataratas consiste en la extracción del cristalino opaco, con o sin colocación de lente artificial o lente intraocular. Si las condiciones del ojo lo permiten, el cirujano reemplaza la lente opaca por una lente artificial. Esta lente en general se coloca detrás de la pupila en el sitio en que estaba originalmente la lente natural (cristalino), pero en ciertos casos esto no es posible y se coloca otro tipo de lente artificial delante de la pupila (cámara anterior). Existen casos en los que no se puede colocar la lente artificial. A veces es posible hacerlo en otra cirugía. Cuando no se puede colocar la lente artificial el paciente debe usar anteojos o una lente de contacto para poder ver con el ojo operado, pero si el otro ojo ve bien solamente es posible ver con los dos ojos usando una lente de contacto en el ojo operado. La anestesia habitualmente es local (inyección en los tejidos que rodean al ojo o gotas), aunque en definitiva será la que indique el médico. En ciertos casos está indicada la anestesia general, y en ciertas ocasiones es necesario colocar puntos para cerrar la herida quirúrgica. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento o plan quirúrgico, debido a hallazgos intraoperatorios u otras razones, todo a fin de proporcionar un tratamiento más adecuado. Estoy en conocimiento que durante el acto quirúrgico me va a ser colocado la siguiente prótesis:
 - 2.3. Se me ha aclarado que si la catarata no se opera, ello en general no produce ningún riesgo para mi salud, aunque en casos aislados sí puede llegar a producirse un aumento de la presión ocular y/o una inflamación interna del ojo.
 - 2.4. 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 (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 pérdida de la visión del ojo operado (con o sin pérdida del ojo), sino también afectar a otros órganos y sistemas.
 - 2.4.1. 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: endoftalmitis (infección dentro del ojo), desprendimiento de retina, hemorragias intraoculares, opacidad de la cápsula posterior, desplazamiento o deformidad pupilar y dislocación del lente, necesidad de reemplazar la lente artificial o desplazamiento de la misma, visión doble (diplopía), dehiscencia de la sutura, edema macular, edema corneal, queratopatía bullosa, aumento de la presión ocular, y los riesgos o complicaciones propias del procedimiento anestésico.
 - 2.4.2. 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).
 - 2.5. 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.

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. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía, 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 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 integran el mismo, 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: