

DOCUMENTO DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CATARATA



Fecha

Nombre del Paciente:

Cirugía:

Sr. (a) usted será sometido a cirugía modalidad ambulatoria, es decir, una vez operado y recuperado de la anestesia continuará su recuperación junto a su familia en su casa.

La evaluación que se le ha realizado nos permite ofrecer la alternativa ambulatoria, sabiendo de los beneficios de la no-estadía hospitalaria y los buenos resultados que se han obtenido en la experiencia nacional e internacional con esta modalidad.

Con este documento escrito se informa a usted y familia acerca del procedimiento que se le practicará.

INTERVENCION QUIRURGICA DE CATARATAS

- I. Cirugía de catarata, es una intervención quirúrgica ambulatoria, en la cual es reemplazado el lente intraocular por uno artificial.
- II. Todo paciente es evaluado con exámenes pre-operatorio por anestesta el cual ha dado la aprobación del paso operatorio.
- III. En el transcurso de la intervención quirúrgica, existe un riesgo de complicación imprevista, que requieren procedimientos diferentes o adicionales tales como infección leve de lentes, inflamación pasajera y ojo rojo.

A continuación encontrará la declaración de aceptación del procedimiento quirúrgico - anestésico, si tiene alguna duda es el momento de hacérsela saber a su cirujano.

Yo

RUN

Edad , Ficha Clínica , He sido informado de los alcances de mi enfermedad y del procedimiento

al que será sometido, así como las alternativas, beneficios, riesgos, efectos secundarios y portenciales complicaciones, estando de acuerdo los acepto, así como todas las medidas de urgencia que pudieran ser necesario tomar para la recuperación de mi salud.

FIRMA PACIENTE

REPRESENTANTE

DATOS DEL MEDICO

NOMBRE

FIRMA

RUT