

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

En cumplimiento con la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, le ofrecemos el presente documento [que constituye y el [Consentimiento Informado] mediante el cual, usted recibe información sobre el proceso patológico que sufre, autorizando a su vez con su consentimiento a que se le realicen las exploraciones y tratamientos necesarios para completar su proceso de curación

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA TECNOLASER CLINIC VISION	Dirección JUAN ANTONIO CAVESTANY ,14 SEVILLA
---	---

1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA DE CATARATA/ DISFUNCIÓN DE CRISTALINO

Constancia de recepción del formulario

En el día de la fecha, _____, recibí de mi oftalmólogo,

Dr. _____, este formulario que contiene información sobre mi enfermedad ocular, el tratamiento que me ha propuesto, sus riesgos y las posibilidades alternativas terapéuticas que tengo a mi disponibilidad.

También se me ha facilitado un E mail para poder aclarar todas mis dudas previas a la intervención. Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

1.1 LO QUE USTED DEBE SABER:

EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE:

La intervención a la que usted va a someterse consiste en la extracción del cristalino opacificado o con disfunción y su sustitución, siempre que sea posible por un cristalino artificial [lente intraocular] con una potencia específica y calculada para cada paciente.

Firma y DNI

Todos tenemos una lente transparente dentro de nuestros ojos [se la denomina cristalino]. Se trata de una lente biconvexa sostenida por unas fibrillas [zónula] que le transmiten una tensión variable desde el músculo de la acomodación. El cristalino tiene normalmente una plasticidad que le permite cambiar su forma de acuerdo a la tensión de la zónula. Esto nos permite enfocar las imágenes en la retina, como lo hace una cámara fotográfica [o un celular] Cuando esta lente [cristalino] se torna opaca recibe el nombre de catarata. Como consecuencia percibimos las imágenes cada vez más borrosas y también se puede padecer deslumbramiento frente a luces focales intensas.

El cristalino tiene una cápsula que lo rodea [cápsula anterior y posterior]; un núcleo en el centro y una corteza entre el núcleo y la cápsula.

La catarata del adulto más frecuente es la relacionada con la edad y su causa es multifactorial [factores genéticos y ambientales entre otros].

En otro grupo ubicamos: a) las cataratas del adulto relacionadas con otras enfermedades del organismo [por ejemplo las cataratas metabólicas como en la diabetes, galactosemia, etc.]; b) las cataratas secundarias a otras enfermedades de los ojos [uveítis, desprendimiento de retina, etc.]; c) las cataratas generadas por determinadas drogas [por ejemplo la catarata cortisónicas secundarias a la medicación prolongada con corticoides]; d) las cataratas traumáticas [secundarias a traumatismos oculares tanto contusos como penetrantes o perforantes]; e) las cataratas generadas por agentes físicos [electricidad, radiaciones ionizantes, radiación infrarroja, ultravioleta, etc.], f) cataratas generadas por agentes químicos [álcalis].

La opacidad puede ubicarse en el centro o núcleo del cristalino [cataratas nucleares], en la parte periférica del cristalino [cataratas corticales] o debajo de su cápsula posterior [catarata subcapsulares posteriores]. Es frecuente que se presenten más de un tipo de catarata combinada en el mismo cristalino.

Un capítulo diferente son las cataratas congénitas de los neonatos o los niños pequeños

También se utiliza la extracción del cristalino cuando presenta síntomas de disfunción, aún estando en estadios iniciales de opacificación, en estos casos la cirugía es con la intención de mejorar los enfoques a distintas distancias, que el cristalino ya empieza a no poder realizar de forma correcta, sustituyéndolo por una lente intraocular.

CÓMO SE REALIZA:

De forma habitual la extracción se realiza utilizando ultrasonidos que rompen la catarata, el material se extrae y se deja una zona para la colocación de la lente intraocular.

Es una técnica que se realiza en quirófano, bajo anestesia tópica [gotas] y con la esterilidad necesaria y avalada por la evidencia científica, y es necesaria la colaboración del paciente. **Previamente y a criterio médico se le puede dar algún relajante, analgésico, antiinflamatorio**

...etc. según considere el MÉDICO ANESTESISTA [Es importante comunique alguna alergia conocida a medicamentos]

En primer lugar, colocamos un blefarostato [sistema para evitar el cierre de los párpados] previa instilación de anestesia tópica [gotas]. No deberá apretar con fuerza para evitar lesiones o inflamación en dichos párpados.

Aunque se realiza habitualmente con anestesia topica [con gotas], a veces es necesaria la inyección del anestésico por detrás del ojo. Excepcionalmente es necesario realizar una anestesia general.

Firma y DNI

En síntesis las etapas fundamentales de la técnica quirúrgica de una catarata del adulto son las siguientes:

a) Se realiza una apertura circular de la cápsula anterior del cristalino; b) luego se fragmenta con ultrasonido y se aspira el contenido del cristalino [corteza y núcleo]; c) del cristalino original sólo queda la totalidad de la cápsula posterior y el sector más periférico de la cápsula anterior [a esto se lo denomina "saco capsular"; d) se implanta una lente artificial dentro de ese saco capsular.

En esta técnica quirúrgica queda en el ojo gran parte de la cápsula del cristalino original ["saco capsular"], ESTA CÁPSULA POSTERIOR DEL CRISTALINO, PUEDE OPACIFICARSE PARCIALMENTE EN UN PERIODO DE TIEMPO VARIABLE, SIENDO NECESARIA LA REALIZACIÓN DE UNA CAPSULOTOMÍA CON LÁSER YAG

El método más frecuentemente usado para eliminar la corteza y el núcleo es el ultrasonido. A esto se lo denomina "FACOEMULSIFICACIÓN". En ciertos casos de cataratas muy "duras" se utiliza la técnica extracapsular manual, sin ultrasonido.

En la cirugía moderna las incisiones quirúrgicas [heridas quirúrgicas] para penetrar dentro del ojo con el delicado instrumental son tan pequeñas que muchas veces no requieren puntos de sutura.

Una alternativa reciente ha sido la utilización de un LÁSER especial, denominado FEMTOSEGUNDO, para realizar determinadas etapas de la cirugía con gran precisión.

Sin bien los resultados no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la cirugía con el Láser Femtosegundo y la Facoemulsificación efectuada por un experto,

LENTE INTRAOCULAR:

Si las condiciones del ojo lo permiten, el cirujano reemplaza el cristalino opaco por una lente artificial. Esta lente en general se coloca detrás de la pupila en el sitio en que estaba originalmente la lente natural, pero en ciertos casos esto no es posible y se coloca otro tipo de lente artificial delante de la pupila [cámara anterior del ojo].

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 gafas 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.

Desde el punto de vista óptico, existen distintos tipos de lentes intraoculares:

a) las lentes intraoculares monofocales que dejan al ojo enfocado para una determinada distancia [por ejemplo intentar ver aceptablemente bien de lejos y utilizar una gafa para lectura y/o utilización de ordenadores [visión cercana e intermedia];

b) las lentes intraoculares multifocales [cuyo objetivo es lograr una aceptable visión en las diferentes distancias [lejos, intermedia y cerca] En estas lentes son más frecuentes las alteraciones de visión nocturna que pueden resultar incómodas para la conducción

c) a lo anterior se agregan las lentes tóricas que intentan compensar el astigmatismo.

USTED TIENE LA POSIBILIDAD DE ACLARAR CON SU CIRUJANO EL MODELO DE LENTE A IMPLANTAR Y RESOLVER TODAS SUS DUDAS AL RESPECTO EN CUANTO A PRONÓSTICO VISUAL Y POSIBLES COMPLICACIONES SEGÚN EL TIPO DE LENTE ELEGIDO PARA SU CIRUGÍA

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Durante la intervención, notará sensación de deslumbramiento, molestias leves, presión en la zona ocular.

Tras la intervención, es normal la sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento, lagrimeo, molestias al mover los ojos, visión borrosa... que irán mejorando al pasar los días y al aplicar el tratamiento que esté indicado.

Firma y DNI

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Mejorará su cantidad y calidad de visión, dependiendo de la existencia o no de otra patología implicada en el proceso de visión y siempre que no surja algún tipo de incidencia o complicación

Le reiteramos que:

El beneficio que se espera conseguir es mejorar la visión del ojo que presenta la catarata o mejorar la función del cristalino cuando se interviene en estadios iniciales

.Aún con una cirugía perfecta, la recuperación puede ser parcial o incluso no existir mejoría debido a otras enfermedades del ojo [por ejemplo: la existencia de una maculopatía relacionada con la edad, es decir, una alteración degenerativa de la parte central de la retina denominada mácula].

Nunca se puede saber con absoluta precisión qué visión va a recuperar el ojo operado.

Nadie le puede garantizar que no va a necesitar gafas luego de la cirugía.

Es muy probable que para lograr una visión plenamente satisfactoria Ud. necesite utilizar gafas para visión cercana [lectura, computación] y/ó lejana [TV, cine, conducción de vehículos], en función del tipo de lente elegida para su cirugía.

Cuando TRAS LA CIRUGÍA persisten pequeños defectos refractivos, inherentes a la técnica o a la medición o fabricación de la lente, **A VECES ES NECESARIO UN AJUSTE REFRACTIVO CON LÁSER SOBRE LA CÓRNEA O LA SUSTITUCIÓN DE LALENTE POR OTRA DE DISTINTA GRADUACIÓN O DE DISTINTO MODELO.**

ES IMPORTANTE ACLARE CUALQUIER DUDA AL RESPECTO

OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:

El único tratamiento para la catarata es la intervención. En la mayoría de los casos no existe peligro si no se opera la catarata. A veces las cataratas muy maduras pueden producir aumentos de la presión intraocular o inflamación importante, que obligará a realizar una intervención urgente, y que complican el acto quirúrgico. En caso de disfunción de cristalino o cataratas iniciales con poca o, usted tiene la opción de esperar el desarrollo hacia una catarata o someterse a otro tipo de intervención transitoria, mientras evoluciona su cristalino a una opacidad mayor

En su caso:

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. No existe ninguna cirugía sin riesgos.

En ciertos casos se producen complicaciones que pueden ser leves, moderadas o graves. Pueden ocurrir en cirugías perfectamente realizadas por los cirujanos más expertos.

La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así.

Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención

La consecuencia más grave es la **PÉRDIDA DEFINITIVA DE LA VISIÓN DEL OJO OPERADO CON O SIN LA PÉRDIDA DEL OJO.** Esto es sumamente infrecuente [excepcional] pero no es imposible.

Firma y DNI

La gran mayoría de las complicaciones pueden ser resueltas durante la cirugía o con nuevas cirugías y/o con medicación. Puede quedar como consecuencia una recuperación parcial de la visión. Nadie puede garantizarle una cirugía exitosa.

Para informarlo en forma clara y que usted pueda tomar una decisión con el conocimiento necesario le brindamos un LISTADO PARCIAL pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuentes

Complicaciones relativas a la técnica anestésica:

Cuando la anestesia es tópica el riesgo se limita a una posible reacción alérgica al colirio anestésico; sin embargo cuando se procede a la infiltración orbitaria de anestésico, muy excepcionalmente podrá aparecer: hemorragia retrobulbar, oclusión de la arteria central de la retina o desprendimiento de retina lesión del nervio óptico, perforación ocular, depresión cardio-respiratoria y reacción tóxico-alérgica [estadísticamente el riesgo de estas complicaciones es bajo ocurriendo en una proporción de 1 de cada 25.000 a 1 de cada 100.000 intervenciones].

También es posible, aunque poco probable la aparición de visión doble postoperatoria temporal o permanente, o la caída del párpado superior de carácter temporal o permanente].

Complicaciones relativas a la técnica quirúrgica:

- A. Infección dentro del ojo [endofthalmitis infecciosa] ocurren 7 casos cada 10.000 pacientes operados. En prácticamente todos los casos el germen que la causa está en los tejidos vecinos al ojo del propio paciente. Es sumamente grave y puede terminar con la pérdida definitiva de la visión e incluso del ojo. Es fundamental el diagnóstico precoz. Usted debe consultar inmediatamente si en el postoperatorio siente dolor, si nota disminución de la visión, si los párpados están inflamados o el ojo muy rojo. Aún con las más estrictas medidas de seguridad [asepsia] puede ocurrir una infección ocular. Es una complicación imposible de prevenir totalmente.
- B. Rotura de la cápsula posterior del cristalino con salida del vítreo o caída de la totalidad o parte la de catarata a la parte más posterior del ojo y que impida la colocación de la lente intraocular...
- C. Extracción parcial de la catarata [entre 3 y 10 casos cada 1.000]. Durante la cirugía puede ocurrir que parte de la catarata se desplace a la parte posterior del ojo. De acuerdo con cada caso el cirujano podrá intentar extraer el o los fragmentos o disponer una segunda cirugía. También el cirujano decidirá si coloca o no la lente artificial.
- D. Pérdida de transparencia de la córnea. La córnea es el tejido transparente en la parte anterior del ojo. Pierde transparencia porque se llena de líquido [edema]. Ocurre en 4 de cada 1000 cirugías no complicadas. Los casos más graves obligan a una cirugía de la córnea.
- E. Disminución de visión por presencia de líquido en el centro de la retina [edema de mácula]. La retina es la membrana sensible que tapiza el interior del ojo y envía las imágenes al cerebro. Cuando se produce un edema macular el paciente sufre una disminución de visión. Ocurre en menos de 1 caso cada 100 cirugías. Más del 90 % de los casos recupera la visión con el paso del tiempo y la medicación. En ciertos casos es necesario efectuar una cirugía en la parte posterior del ojo [vitrectomía].

- F. Desprendimiento de retina. Ocurre en 1 caso cada 200 pacientes operados (riesgo acumulado a lo largo de la vida). Los pacientes miopes tienen mayor riesgo. Obliga a una o más cirugías. Es posible, aunque muy poco frecuente, la pérdida definitiva de la visión.
- G. Disminución de visión por pérdida de transparencia de la membrana en la que se apoya la lente artificial. Esta membrana se llama cápsula posterior. Durante los 5 años posteriores a la cirugía hasta un 20% de operados necesita una aplicación de láser para efectuar una pequeña apertura central en esa membrana cuando se opacifica. Entre otros, los riesgos de la apertura de la cápsula posterior con el láser son: aumento de la presión ocular, desprendimiento de retina, marcas en la lente artificial, etc.
- H. Hemorragia dentro del ojo [hemorragia expulsiva]. Es una complicación excepcional, una posibilidad sumamente remota. Cuando ocurre en general lleva a la pérdida definitiva de la visión. Habitualmente es imposible de preveer.
- I. Aumento de la presión ocular [glaucoma]. Esta situación puede necesitar medicación [gotas] de por vida y en casos aislados, cirugía. Es sumamente infrecuente, aunque posible, que el paciente pierda la visión del ojo.
- J. Pérdida de la visión del ojo operado por una isquemia del nervio óptico [Neuropatía óptica isquémica]. Se trata de un verdadero infarto del nervio óptico, su frecuencia es de 1 cada 2000 cirugías y no depende del cirujano sino de una predisposición de determinados pacientes. Es imposible de prevenir.

K. Otras complicaciones:

a) Necesidad de reemplazar la lente artificial por otra debido a un resultado óptico no satisfactorio [no siempre es posible un cálculo perfecto del poder de la lente que hay que implantar]; los pacientes sometidos previamente a cirugía refractiva así como los pacientes con elevada hipermetropía o miopía tienen más riesgo de que el cálculo del poder de la lente a implantar no sea el adecuado y se requiera un recambio de la lente intraocular en el postoperatorio;

También puede aparecer la luxación o desplazamiento de la lente artificial, esto puede requerir otra cirugía.

b) Visión doble [diplopía]: puede necesitar otra cirugía.

c) Le reiteramos la posibilidad, aunque muy poco probable, de perforación del globo ocular durante la inyección anestésica.

d) Filtración de la herida [se colocará un punto de sutura en quirófano].

e) Pupila desplazada y/o deformada;

f) Reflejos en la pupila.

g) Inflamación crónica del ojo [necesita medicación y a veces, cirugía con extracción de la lente artificial].

h) Le reiteramos la posible presencia de: Halos, imágenes fantasmas, "moscas volantes".

i) En relación a lo anterior, se puede experimentar dificultades en la conducción nocturna

j) Ptosis palpebral: el párpado superior del ojo operado se encuentra descendido luego de la cirugía generando una asimetría respecto a la posición del párpado superior del otro ojo. Puede requerir una cirugía reparadora.

- LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

Firma y DNI

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:

Le reiteramos que:

En ocasiones, generalmente en ojos con grandes defectos de refracción [miopía, hipermetropía o astigmatismo] cataratas muy maduras, casos de cicatrices corneales previas y EN OJOS INTERVENIDOS PREVIAMENTE DE CIRUGIA REFRACTIVA ...se producen errores en el cálculo de la lente y se precisa de una segunda intervención para cambiar la lente.

Las patologías como diabetes, hipertensión, cardiopatías, inmunodepresión y otras, aumentan el riesgo quirúrgico y la posibilidad de complicaciones durante y después de la operación.

OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS [a considerar por el/la profesional]:

.....

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL POSTOPERATORIO:

Si durante el post operatorio Ud. nota una disminución de visión en el ojo operado, dolor, edema de los párpados [hinchazón de párpados], el ojo se pone más rojo o tiene secreción, tiene que acudir inmediatamente para que su cirujano, su equipo o una guardia oftalmológica lo examinen sin demoras.

ES DE INTERES PARA SU CONOCIMIENTO QUE:

Incluso tras una cirugía excelente, la visión que resulta puede no ser buena si existe lesión en otras partes del globo ocular, alteraciones de la retina, patología del nervio óptico, glaucoma, retinopatía diabética, ojo vago...

De forma habitual, incluso tras una cirugía excelente será necesario el uso de corrección de lejos y/o de cerca [gafas] para conseguir una visión de mayor calidad.

En estas circunstancias a veces se puede solucionar los defectos de refracción con intercambio de lentes o cirugía corneal láser.

Dada la variabilidad biológica de todo procedimiento médico-quirúrgico se debe considerar un resultado satisfactorio la presencia tras la cirugía de

un defecto residual aproximado de 0.5 dioptrías de miopía o hipermetropía así como un astigmatismo de 1 dioptría sobre el resultado deseado.

Con el tiempo se produce casi en todos los casos la opacificación de la cápsula en la que se ha quedado depositada la lente intraocular, produciendo nuevamente la disminución de la visión, circunstancia que se resuelve con la aplicación de un láser

OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usaran directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.
- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o videos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2 IMÁGENES EXPLICATIVAS:

[En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc.
que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.]

CLÍNICA OFTALMOLOGICA
TECNOLASER CLINIC VISION

Dirección
JUAN ANTONIO CAVESTANY 14. SEVILLA

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

[En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal]

[En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.]

2.1 DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL [si es necesario]

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL PACIENTE

DNI / NIE

APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL

DNI / NIE

2.2. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE

FECHA

FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRE

FECHA

FIRMA

APELLIDOS Y NOMBRE

FECHA

FIRMA

2.3 CONSENTIMIENTO CIRUGIA DE CATARAS O DISFUNCION DEL CRISTALINO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

___SI ___NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

___SI ___NO Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

___SI ___NO Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

___SI ___NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

[NOTA: Márquese con una cruz.]

En _____ a de de _____

EL/LA PACIENTE

Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

Firma y DNI

CLÍNICA OFTALMOLOGICA TECNOLASER CLINIC VISION	Dirección JUAN ANTONIO CAVESTANY 14. SEVILLA
---	---

2.4 RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención.
Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____

2.5 REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el
consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la
salud o la vida.

En _____ a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE _____ Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL _____

Fdo.: _____ Fdo.: _____