

## 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 [Consentimiento Informado] mediante el cual, usted recibe información sobre su proceso, autorizando a su vez con su consentimiento a que se le realicen las exploraciones y tratamientos necesarios.

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

### 1. DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA CON LENTE INTRAOCULAR FÁQUICA DE CÁMARA POSTERIOR

#### 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:

Usted tiene un defecto refractivo (miopía, hipermetropía, astigmatismo) y por lo tanto una alteración de la proyección de las imágenes sobre el plano de la retina que era solventada con procedimientos ópticos [gafas, lentes de contacto, ortoqueratología...]

En base a la evidencia médica y científica, si desea obtener una corrección quirúrgica de su defecto refractivo una opción indicada actualmente para mí caso, por la relación riesgo / beneficio es el **CIRUGÍA CON LENTE INTRAOCULAR FÁQUICA DE CÁMARA POSTERIOR**, cuya potencia se calcula previamente en unas pruebas que le son realizadas en la consulta y en base a unas indicaciones establecidas por el fabricante

La intervención a la que usted va a someterse consiste en la introducción en la cámara posterior de su ojo de una lente intraocular para conseguir el enfoque de las imágenes en la retina.

Firm y DNI

## CÓMO SE REALIZA:

En algunos modelos de lentes fásquicas, se practicará dos pequeños agujeros en la porción colorida de su ojo [el iris] para ayudar a garantizar que no se acumule el líquido intraocular detrás del lente fásquico. Este procedimiento se conoce como una iridotomía. Se realizará ya sea al momento de la cirugía, mediante el uso de un instrumento [una iridotomía quirúrgica] o dentro de las dos semanas anteriores a la colocación del implante fásquico, utilizando un láser [iridotomía con láser YAG].

En los nuevos modelos de lentes fásquicas para miopías, de forma general no es imprescindible la realización de las iridotomías.

La CIRUGÍA CON LENTE INTRAOCULAR FÁSQUICA DE CÁMARA POSTERIOR una técnica que se realiza en quirófano, bajo anestesia tópica [gotas] o con anestesia loco-regional, con determinada sedación a criterio del anestesta 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. ORAL [Es importante comunique alguna alergia conocida a medicamentos]

En primer lugar, colocamos un blefaróstato [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.

Después de que su pupila se haya dilatado con unas gotas midriáticas y su ojo haya sido anestesiado, el cirujano practicará UNA O DOS pequeñas incisiones en su córnea para permitir la inserción de la lente.

La lente intraocular fásquica se inserta y se coloca en la posición adecuada, ENTRE EL IRIS Y EL CRISTALINO.

La incisión que se requiere para realizar esta operación es casi siempre autosellante, pero puede requerir un cierre con puntos pequeñísimos [suturas] que gradualmente se disuelven con el tiempo o pueden requerir ser retirados más adelante. Se puede colocar sobre su ojo un protector temporal para protegerlo durante el período postoperatorio inmediato.

Al día siguiente regresará a la consulta de su oftalmólogo para un examen. La protección de su ojo se retirará y el oftalmólogo lo observará bajo un microscopio conocido como lámpara de hendidura y se realizará un estudio de TOMOGRAFÍA y OCT [una especie de "scanner" de las estructuras de la parte anterior del ojo], para asegurarse que la lente haya quedado en posición correcta y que no haya complicaciones. También se valorará la tensión intraocular.

Regresará luego para exámenes post-operatorios adicionales según se lo indique su oftalmólogo.

Si bien podrá notar cierta mejoría en su visión ya desde el primer día post-operatorio, los efectos visuales de la cirugía de implante fásquico pueden tardar varias semanas en estabilizarse. Por lo general, los pacientes pueden reanudar sus actividades normales en el término de 2 o 3 días después de la cirugía de implante fásquico.

Sólo se le tratará un ojo a la vez. Si decide someterse al mismo procedimiento en el segundo ojo, tendrá que esperar hasta que su oftalmólogo determine que el primer ojo ha cicatrizado lo suficiente. Tendrá que esperar alrededor de una semana, aunque a veces el tiempo entre la cirugía de un ojo y otro puede ser más prolongado.

Este tratamiento con LENTE FÁSQUICA DE CÁMARA POSTERIOR NO influye en la evolución del resto de las alteraciones que puede tener un ojo miope o hipermetrope, como: desprendimiento de retina, hemorragias, atrofia macular, glaucoma etc..., ni siquiera influye en el posible crecimiento longitudinal que puede ocurrir en los ojos miopes en cualquier momento de la vida, y que hace subir la graduación.

Firm y DNI

### **QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

**Durante la intervención**, notará sensación de deslumbramiento, molestias leves, y algo de presión en la zona ocular, que en muy raras ocasiones llega a cierto dolor.

Si tiene una hendidura palpebral reducida o arco superciliar prominente (ojos pequeños y hundidos) puede dificultar algo la intervención y hacerla algo más molesta para el paciente.

La anestesia tópica y los colirios antibióticos y antiinflamatorios no producen apenas molestias salvo cierto picor en algunos pacientes de manera momentánea.

En caso de anestesia loco-regional estos síntomas son de menos intensidad, aunque existen determinados riesgos inherentes a este tipo de anestesia.

**Tras la intervención**, es normal la sensación de MOLESTIAS OCULARES y cuerpo extraño, enrojecimiento, lagrimeo, sensación de roce al mover los ojos, VISIÓN BORROSA QUE IRÁ MEJORANDO al pasar los días y al aplicar el tratamiento que esté indicado.

### **EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:**

Mejorará su cantidad y calidad de visión, respecto a su agudeza visual no corregida, 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:

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, es decir, una alteración degenerativa de la parte central de la retina denominada mácula, u otras alteraciones inherentes a su defecto refractivo, como alteraciones del nervio óptico, glaucoma ...ect]

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 posible en algunos casos que para lograr una visión plenamente satisfactoria Ud. necesite utilizar gafas para visión cercana [lectura, computación] EN FUNCION DE SU EDAD y/ó lejana [TV, cine, conducción de vehículos]. EN FUNCION DE si persiste un pequeño defecto residual. [Estos defectos de forma general pueden ser tratados con cirugía corneal láser].

SE INSISTE QUE 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 LA LENTE POR OTRA DE DISTINTA GRADUACIÓN O DE DISTINTO MODELO.**

### **ES IMPORTANTE ACLARE CUALQUIER DUDA AL RESPECTO**

Someterse a esta intervención NO influye en la evolución de su enfermedad, miopía o hipermetropía.

Tampoco pretende frenar o parar su evolución, de tal forma que, especialmente en miopes, si su defecto refractivo NO ES ESTABLE seguirá su evolución independientemente de la cirugía

La intervención **NO CURA** la miopía, hipermetropía o astigmatismo. Sólo trata uno de sus síntomas: el

Firm y DNI

desenfoco de las imágenes que percibimos. Por lo cual las alteraciones en otras partes del ojo que pueden acompañar a los defectos de refracción evolucionarán de manera independiente a la intervención.

Esta intervención tampoco previene cualquier otra alteración o patología que pudiera aparecer en el ojo y que **NO ESTE DIRECTAMENTE RELACIONADA CON EL DEFECTO REFRACTIVO.**

Debe quedar claro que esta cirugía no pretende **MEJORAR SU MEJOR AGUDEZA VISUAL PREVIA** corregida con gafas o lentes de contacto. Esto es de especial interés en caso de ojo ambliope [ojo vago o con menor visión respecto al otro ojo]

Asimismo, en pacientes con **edad de presbicia** [vista cansada], u operados cuando en el transcurso del tiempo tengan edad de presbicia [vista cansada], **si no se trata simultáneamente** o en una segunda intervención, **mediante técnicas específicas de presbicia en córnea u otras**, se hará necesaria la utilización sistemática de gafas de cerca.

#### **OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:**

**Estoy de acuerdo en someterme a CIRUGIA CON LENTE INTRAOCULAR FÁQUICA DE CÁMARA POSTERIOR.** También se me ha informado de otras posibles alternativas, así como de la posibilidad de seguir utilizando gafas y lentes de contacto.

Con carácter general, entre otras:

- .....TRATAMIENTO DE SUPERFICIE PRK / LASEK.....
- .....SMILE PARA MIOPIAS
- .....FEMTOLASIK
- .....LENTES INTRAOCULARES PARA SUSTITUCION DE CRISTALINO
- .....
- .....

#### **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.

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

Firm y DNI

brindamos un LISTADO PARCIAL pero con las complicaciones más graves y/o las más frecuente

Firm y DNI

### **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 LOCO REGIONAL 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 tóxica-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:**

#### **Complicaciones más graves**

1- Entiendo que puedo desarrollar una Infección dentro del ojo [endofalmitis 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.

2- Entiendo que puedo sufrir un daño al iris [la porción coloreada del ojo] o puedo desarrollar un aumento de presión en el segmento anterior de mi ojo [glaucoma secundario]. Puedo requerir otra iridectomía o gotas oftálmicas para controlar la presión intraocular, en caso de que esto ocurra.

3- Entiendo que puedo desarrollar un desprendimiento de retina, una separación de la retina de la pared interna del ojo, lo que por lo general se produce como resultado de un desgarro en la retina y podría llevar a pérdida de la visión. Los pacientes con niveles moderados a altos de miopía tienen un mayor riesgo de desprendimiento de retina en comparación con la población general. Este nivel de riesgo puede aumentar con la implantación de un lente intraocular fáquico.

4- Entiendo que puedo desarrollar una catarata, o una opacificación de mi lente cristalino, que impide la visión normal, y puede requerir la extracción del cristalino y del implante fáquico y la inserción de un lente intraocular. Los pacientes con altos niveles de miopía tienen un mayor riesgo de desarrollo de cataratas y ese riesgo puede aumentar con la implantación del Lente Intra-Ocular fáquico. Según estudios publicados sucede en un 5 % de los casos, aunque con los nuevos modelos de lentes la probabilidad ha disminuido, apareciendo de forma aún menos frecuente.

5- Entiendo que puedo desarrollar inflamación de la córnea [edema] y/o pérdida continuada de las células que recubren la superficie interna de mi córnea [células endoteliales]. Estas células desempeñan la función de mantener la córnea sana y transparente. El edema corneal y la pérdida de células endoteliales puede producir una apariencia nubosa y opaca de la córnea, que podría disminuir la visión. Si con el tiempo se pierden demasiadas células, es posible que requiera un trasplante de córnea.

6- Entiendo que puedo desarrollar glaucoma, que consiste en un aumento de la presión intraocular producida por un drenaje lento del líquido dentro del ojo. El glaucoma puede llevar a pérdida de la visión y puede requerir tratamiento con medicamentos a largo plazo o cirugía. Los pacientes con altos niveles de miopía tienen un mayor riesgo de desarrollo de glaucoma. Con los nuevos modelos de lentes fásicas este riesgo de desarrollar glaucoma ha disminuido.

7- Otras complicaciones que podrían poner en peligro mi visión, incluyendo, sin limitación, iritis o inflamación del iris [inmediata y persistente], uveítis, sangrado, inflamación de la retina [edema macular] y otras complicaciones visuales.

8- Las complicaciones se pueden desarrollar, días, semanas, meses o inclusive años después de la cirugía.

### **Complicaciones menos graves**

1. Entiendo que puede haber mayor sensibilidad a la luz o a los destellos durante la noche. Entiendo también que durante la noche puede haber formación de halos alrededor de las luces. El riesgo de este efecto secundario puede estar relacionado con el tamaño de mi pupila y las pupilas grandes pueden incrementar dicho riesgo.

2. Entiendo que se puede producir sobre-corrección o una corrección deficiente. También podría aumentar mi astigmatismo. Todo esto podría ser permanente o tratable con gafas o lentes de contacto o cirugía adicional, generalmente en córnea.

3. Entiendo que las lentes fásicas pueden requerir reposicionamiento, extracción quirúrgica o cambio por otro implante de lente. El lente puede cambiar su posición [puede descentrarse] o puedo requerir un lente de tamaño o poder diferentes a los del lente implantado. En casos excepcionales, las mediciones del poder del lente puede variar de forma significativa lo que resulta en la necesidad de lentes correctivos o reemplazo quirúrgico del lente fásico. Las complicaciones potenciales de la cirugía adicional incluyen todas las complicaciones posibles para la cirugía original.

4. Entiendo que puede haber diferencia en la visión entre mis dos ojos después de que se haya realizado la cirugía de implante fásico en el primer ojo y no en el segundo. Este desequilibrio se conoce como anisometropía. Entiendo que causaría esfuerzo visual y afectaría mi capacidad de juzgar la distancia y de percibir la profundidad. Debido a la marcada diferencia en las prescripciones, lo más probable es que la corrección con gafas no fuera cómoda o no me permitiera una buena visión. Para lograr una visión balanceada y confortable en ambos ojos, es posible que tenga que utilizar un lente de contacto en el ojo que no tiene el implante fásico o que deba considerar un implante fásico u otro tipo de cirugía para ese ojo.

5. Entiendo que después de la cirugía del implante fásico, como en cualquier otra cirugía del ojo, mi ojo puede quedar más frágil y más sensible a trauma por impacto. La evidencia ha demostrado que, como ocurre con cualquier cicatriz, una incisión corneal no será tan fuerte como lo era la córnea original en ese sitio. Entiendo que el ojo tratado será por lo tanto más vulnerable a toda una variedad de lesiones, al menos durante el primer año después de la cirugía de implante fásico. Entiendo que sería conveniente para mí usar gafas protectoras cuando practique deportes u otras actividades en las que la posibilidad de que una pelota, balón, un codo, un puño u otro objeto contundente pudiera golpear mi ojo, fuera alta.

6. Entiendo que hay una tendencia natural de los párpados a caerse con la edad y que cualquier cirugía ocular puede acelerar este proceso. Se denomina 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.

7. Entiendo que puede haber dolor o sensación de cuerpo extraño, en especial durante las primeras 48 horas del post-operatorio.

8- Entiendo que se desconocen los efectos de la cirugía de implante fático a mayor plazo del que actualmente se conoce y que podrían presentarse complicaciones o efectos secundarios no previstos.

9. Entiendo que la corrección que puedo esperar lograr con la cirugía de implante fático puede no ser perfecta. Entiendo que no es realista esperar que este procedimiento me dé una visión perfecta siempre, en cualquier circunstancia, por el resto de mi vida. Entiendo que puedo necesitar gafas para mejorar mi visión para algunos propósitos que requieran visión fina detallada a partir de algún momento en mi vida, y que esto puede ocurrir poco tiempo después de la cirugía o años más tarde.

10. Entiendo que si necesito ahora gafas para leer, seguiré necesitando después de este tratamiento. Es posible que la dependencia en los anteojos para leer aumente o que en algún caso pueda necesitar gafas para leer a una edad más temprana si me someto a esta cirugía.

11- Entiendo la posibilidad de visión doble [diplopía]; puede necesitar otra cirugía..

12-Filtración de la herida [se colocará un punto de sutura en quirófano].

13- Pupila desplazada y/o deformada; En relación a lo anterior, se puede experimentar dificultades en la conducción nocturna

14. Entiendo que, al igual que con cualquier tipo de cirugía, existe la posibilidad de complicaciones por la anestesia, reacción a los medicamentos u otros factores que pueden afectar otras partes de mi cuerpo. Entiendo que, dado que es imposible incluir todas las complicaciones que pueden presentarse como resultado de cualquier cirugía, la lista de complicaciones incluida en este formato no es completa.

LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:

**Existen otras complicaciones no incluidas en el texto y que pueden ser comentadas si Vd. lo desea y tiene información de las mismas**

**Entiendo que:**

Todas ellas, aunque muy poco frecuentes, podrían conducir en algún caso, y a pesar de su tratamiento a una disminución de la mejor agudeza visual corregida [ver, aún con gafas, peor que antes de ser intervenido con ellas]

*Todas estas complicaciones pueden no producirse en ningún ojo, en los dos o en sólo uno de ellos independientemente de que se operen los dos ojos a la vez, excepto la infección ya que si esta ocurre es mucho más probable que sea en ambos ojos si se han operado a la vez.*

*Todas estas complicaciones pueden producir una reducción en la mejor visión graduada que el paciente tenía antes de la intervención, es decir, puede producirse una disminución de la visión no mejorable con lentes correctoras y excepcionalmente un trasplante de córnea.*

*Debe saber que si no quiere someterse a los riesgos anteriormente mencionados, puede utilizar gafas o lentes de contacto en lugar de la intervención quirúrgica.*

*Existe posibilidad de reintervención, cuando exista un defecto residual de graduación, esférica o cilíndrica regular, tras la primera intervención, si el grosor corneal residual y el estado ocular lo permiten, la cual SE PODRÍA*

Firm y DNI



*REALIZAR CON UNA TÉCNICA DISTINTA A LA PRIMERA.*

*Esta operación, en casos excepcionales, no puede garantizarle el prescindir del uso de gafas o lentes de contacto de manera absoluta.*

Pueden existir complicaciones aquí no descritas cuya aparición aun no ha sido documentada o nos es desconocida

Ya que es casi imposible enumerar cada complicación que pueda ocurrir como resultado de la técnica **IMPLANTACIÓN DE LENTE FÁQUICA EN CÁMARA POSTERIOR**, entiendo que la lista de complicaciones mencionadas no es completa o exhaustiva.

**RIESGOS PERSONALIZADOS:**

.....  
**LOS DERIVADOS DE SUS PROBLEMAS DE SALUD:**

.....  
**OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS**

- Necesitará tratamiento y revisiones en las primeras semanas.
- Las sensaciones que se perciben como molestias con el parpadeo pueden ser distintas en cada ojo.
- Las sensaciones que se perciben como dificultad visual o visión borrosa pueden ser diferentes en cada ojo
- El paciente debe entender que se le va a realizar una intervención quirúrgica y que, como tal, está sometida a imponderables que pueden desencadenar una complicación o efecto no deseado por nadie.
- La normativa de Tráfico en pacientes operados de cirugía refractiva escambiante.
- Para información actualizada de la misma, le recomendamos que se ponga en contacto con la Dirección Territorial de Tráfico

**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.
- 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.]

Firm y DNI

CLÍNICA OFTALMOLOGÍA 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, ENTE DEL PACI	DNI / NIE
APELLIDOS Y NOMBRE, A REPRESENTANTE LEGAL DEL/DEL	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

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.

**Autorizo a que se me realice:**

**IMPLANTACION DE LENTE FÁQUICA DE CÁMARA POSTERIOR**, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la **VISIÓN, VIDA O LA SALUD**, que pudieran surgir en el curso de la intervención, **también doy mi consentimiento** a la presencia de personal autorizado, **y además doy mi aceptación para** la toma de imágenes para documentar el proceso si lo considera oportuno el cirujano.

   SI    NO Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico, preservando mi identidad de forma confidencial.

[NOTA: Márquese con una cruz.]

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto Bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.:

Fdo.:

Firm y DNI

CLÍNICA OFTALMOLOGÍA 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 REPRESENTANTELEGAL \_\_\_\_\_

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 REPRESENTANTELEGAL \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

---