



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CIRUGÍA DE CATARATAS
(EXTRACAPSULAR O FACOEMULSIFICACIÓN)**



Solicitamos a usted, lea atentamente este documento para que decida libremente si acepta o rechaza efectuarse el procedimiento indicado.

INFORMACIÓN: La **Cirugía de Cataratas** es una intervención quirúrgica electiva que su médico le ha recomendado para corregir la disminución de visión que le provoca la opacificación del cristalino de su ojo (catarata). La cirugía de cataratas consiste en la extracción del cristalino opaco, mediante la utilización de un instrumento que genera ultrasonido, el cual fragmenta y aspira la catarata (**facoemulsificación**). Si la catarata es muy dura o las estructuras que lo sostienen son débiles, se realiza la extracción completa del cristalino (extracción extracapsular). En ambas técnicas se intenta conservar la cápsula (saco) del cristalino para implantar en su interior un lente intraocular, el que le permitirá ver de manera enfocada. **Este es el procedimiento terapéutico disponible más exacto y seguro para tratar Cataratas.**

RIESGOS Y COMPLICACIONES: Como toda intervención en medicina, existen riesgos que Ud., debe conocer, sin embargo **su médico confía en que el beneficio que aporta la intervención quirúrgica supera ampliamente los riesgos o complicaciones.**

Éstas son en general muy poco frecuentes. Las más importantes por su potencial gravedad son:

Intraoperatorio: Luxación posterior del cristalino o fragmentos grandes de éste. Hemorragia supracoroidea expulsiva.

Postoperatorias: Infección intraocular (endofthalmitis). Desprendimiento de retina. Algunas de estas complicaciones podrían requerir nuevas intervenciones de mayor complejidad.

Por otra parte se estima que la mejora de la visión ocurre en más de 95 de cada 100 pacientes operados.

La cirugía de cataratas se efectuará bajo la **modalidad ambulatoria**, esto significa que usted, acudirá una hora antes de la operación, se le instalará gotas en el ojo a operar, luego se operará con anestesia local (gotas o inyección cercana al ojo) para finalmente retirarse a su domicilio dos horas después, cuando se encuentre en buenas condiciones generales. Se le dará información respecto a las indicaciones postoperatorias de manera verbal y escrita, las que debe ser seguidas rigurosamente.



FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO
**CIRUGÍA DE CATARATAS
(EXTRACAPSULAR O FACOEMULSIFICACIÓN)**



DECLARACIÓN Y FIRMAS:

PACIENTE:

El Médico me ha explicado en forma satisfactoria que es, como se hace y para que sirve la operación **Cataratas**. También me ha explicado sus riesgos, complicaciones y que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

Por lo tanto declaro, que he comprendido todo lo anterior perfectamente y doy mi consentimiento para que el Médico y el personal auxiliar que precise, realicen la intervención de cataratas, ojo _____.

En consecuencia, (por favor marque con una cruz su elección)

Doy mi consentimiento para la realización del procedimiento

Rechazo la realización del procedimiento

Nombre y Apellidos del Paciente	Rut	Firma Paciente
---------------------------------	-----	----------------

Nombre y Apellidos Representante	Parentesco	Firma Representante
	Rut	

Nombre y Apellido del Profesional	Firma del Profesional
-----------------------------------	-----------------------

FECHA APLICACIÓN:
