



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE YAG LÁSER

En cumplimiento de la Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. 15-11-02) que exigen la información del paciente, y por recomendación explícita del Colegio de Médicos de Guipúzcoa le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, la descripción de las características y posibles complicaciones de la aplicación de tratamiento mediante Yag Láser:

Yo, \$nom_pat, mayor de edad, con D.N.I. \$dni_pat, libremente y bajo mi total responsabilidad,

DECLARO

Que he sido informado de forma exhaustiva del contenido, problemática y riesgo que conlleva la aplicación del Yag Láser, información cuyo contenido, en resumen, consiste en que este tipo de láser muy diferente de otros y con usos e indicaciones muy precisa, posee la propiedad de poder cortar y romper membranas dentro del ojo, actuando como un bisturí a distancia, sin necesidad de efectuar ningún tipo de intervención quirúrgica. No obstante el notable adelanto que ello supone en precisión y las evidentes ventajas que se derivan para el paciente - ya que no precisa: ingreso en la clínica, intervención quirúrgica, anestesia general ect... - implica, como todo acto operatorio una serie de riesgos.

Que conozco los posibles riesgos directos que implica la aplicación de dicha terapia, tales como inflamaciones, hemorragias, hipertensiones oculares ect. ... que pueden causar una disminución transitoria total o parcial, de la visión que en casos excepcionales pudiera ser definitiva.

He sido igualmente informado de que después de la aplicación de esta terapia puedo precisar tratamiento médico necesitando efectuar reposo durante las veinticuatro o cuarenta y ocho horas posteriores a la sesión.

Que he sido informado también de que en casos excepcionales podrían presentarse situaciones atípicas de riesgo ocasionadas indirectamente o puestas de manifiesto durante el tratamiento.

Se me ha hecho saber que el hecho de someterse al tratamiento y su consecuente aplicación, no implica forzosamente la curación o mejoría, no alcanzándose los objetivos previstos o deseables en la totalidad de los casos, lo cual acepto, asumiendo por entero las consecuencias anteriormente citadas.



POLICLINICA GIPUZKOA

SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA

Firmado: \$nom_pat

DNI nº: \$dni_pat

San Sebastián, \$fecha_acte

En consecuencia con lo anteriormente expuesto solicito expresamente la aplicación del tratamiento precitado, asumo la totalidad de los riesgos directos e indirectos que pudieran derivarse de su aplicación y convengo expresamente en que toda responsabilidad quede limitada al importe del tratamiento realizado.

Y en conformidad con todo lo anteriormente expuesto, firmo el presente documento en el lugar y fecha del encabezamiento.

Firmado: \$nom_pat

DNI nº: \$dni_pat

San Sebastián, \$fecha_acte