



SAMOL

Sociedad Argentina de Médicos Oftalmólogos Legistas



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS
OFTALMOLÓGICOS.
LEY 17.132/LEY 26.529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE
LA AMA.**

Fecha.de de 20....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

DNI:

ESTADO DE SALUD / DIAGNÓSTICO:

OBSERVACIONES/ ANTECEDENTES:

PROCEDIMIENTO:

OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS:

RIESGOS / COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACIÓN:

Autorizo al Dr. y/o equipo quirúrgico que él designe a efectuar los siguientes procedimientos médico-quirúrgicos en mi persona.

Facultándolos para efectuar cualquier otro procedimiento terapéutico que a juicio de los nombrados, se estime conveniente; habiéndome explicado y tomado conocimiento pormenorizado de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionados y notificándome expresamente de que tal como se me ha informado, no es posible garantizar el resultado o cura derivados del tratamiento o intervención a que seré sometido, asumiendo sin objeciones para el caso que se produjeran, las consecuencias emergentes de las eventualidades aludidas.

Autorizo a los referidos profesionales a disponer y proveer todo servicio adicional que crean necesario, incluyendo la administración de anestesia y la ejecución de otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

También autorizo a iconografiar y/o filmar el procedimiento para ser presentado con fines académicos con la debida protección de identidad.

Finalmente autorizo a realizar las curaciones y controles necesarios en el período postoperatorio.

Habiendo podido aclarar las dudas sobre lo informado, certifico haber entendido los riesgos, las posibilidades de fracaso y las alternativas terapéuticas planteadas.

.....
FIRMA DEL PACIENTE

.....
FIRMA DEL MÉDICO

.....
Aclaración

.....
Aclaración