

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En Viña del Mar a _____ de _____ de _____

COMPARECE

Don (ña) _____ Rut.: _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Domicilio: _____ Fono _____

Don (ña) _____ Rut.: _____
(Nombre y dos apellidos del representante legal)

Domicilio: _____ Fono: _____

en calidad de: _____
(representante legal o familiar)

Procedimiento: Angiografía Fluoresceínica Ojo: I D Ambos

Angiografía Fluoresceínica Retinal

La AFG consiste en la administración por vía endovenosa de fluoresceína, para ver y fotografiar su paso a través de los vasos del ojo con el fin de estudiar vasculopatías retinianas orientando así el diagnóstico, evolución y tratamiento de su enfermedad.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos adversos de carácter leve a moderado (15 en 1.000) tanto a nivel local (extravasación, tromboflebitis, etc.) como a nivel general (nauseas, vómitos, urticaria). En un muy escaso porcentaje (1 en 10.000) las reacciones adversas son severas, requiriendo tratamiento de urgencia, como convulsiones, edema de laringe, shock anafiláctico, infarto al miocardio o, excepcionalmente, paro cardio-respiratorio (1 en 100.000).

Por esta razón es necesario que advierta sobre antecedentes alérgicos o cualquier otra enfermedad que usted tenga.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los medios técnicos de nuestra clínica están disponibles para dar solución.

Doy mi CONSENTIMIENTO

RECHAZO el tratamiento

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

Además, si en el transcurso del procedimiento a consecuencia del mismo se presentaran situaciones imprevistas que requieran exámenes o procedimientos diferentes o adicionales, acepto y autorizo desde ya a dichos profesionales para realizarlo.

Nombre y Firma del Tecnólogo Médico

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Representante Legal