

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA**

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Nombre del familiar o representante legal: _____
Domicilio: _____
Fecha: _____ Hora: _____

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. Con base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto a la Dra Naira Citlalli Pereyra Muñoz y al Dr. Santiago Brizuela Pavón quién está debidamente autorizado para ejercer la profesión de **Oftalmología pediátrica**. Mismo que autorizo como mi médico tratante o de mi hijo/a para realizar mi valoración oftalmológica completa o la de mi hijo/a. Asimismo, autorizo a la Lic. Ana Karen Ayala Sandoval y a la Lic. Linda Maryvi Galicia Jaimés a realizar las diversas pruebas requeridas para una valoración oftalmológica y optométrica completa

2. Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que pueden deberse a mi estado de salud o al de mi hijo/a, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca o que padezca mi hijo/a, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos o de mi hijo/a.

3. Sabiendo anticipadamente que el procedimiento señalado consiste en una **consulta de Oftalmología completa**, y que para poder hacer esta valoración, es necesario conocer las siguientes partes de la consulta que pudieran resultar invasivas:

a. Exploración de párpados

- i. Durante esta valoración es necesario evertir el borde de los párpados para poder valorar la superficie interna de los mismos, lo cual pudiera resultar molesto para algunos pacientes.

b. Valoración del segmento anterior del ojo

- i. Para valorar de manera adecuada las estructuras de la parte anterior de los ojos es necesario revisar con una lámpara de hendidura, la cual contiene un haz de luz que es proyectado con distintas intensidades dependiendo la porción del ojo que se esté valorando, esto puede resultar en un deslumbramiento temporal o visión borrosa temporal. Sin embargo, es importante que conozca que esta luz no condicionará ningún daño sobre las estructuras del ojo.

c. Aplicación de tetracaína 0.5% oftálmica

- i. Para poder realizar la toma de la presión intraocular, colocación de algunos lentes de exploración y previo a la aplicación de gotas para dilatar la pupila, es necesario colocar gotas de tetracaína las cuales funcionan como anestésico oftálmico. Estas gotas condicionan ardor ocular al momento de la aplicación, el cual cede a los pocos segundos y ocasiona sensación de adormecimiento en los párpados que puede durar hasta 30 minutos aproximadamente. Si usted o su hijo/a es alérgico/a a este medicamento debe informarlo a su médico.

d. Aplicación de fluoresceína sódica 1mg (tiras)

- i. La aplicación de este medicamento es útil para poder valorar alteraciones de la superficie ocular como lo son defectos epiteliales o la presencia de cuerpos extraños superficiales, así como para poder realizar una toma de la presión intraocular con el tonómetro de Goldmann. Este medicamento administrado por vía oftálmica pudiera ocasionar una reacción alérgica local.

e. Toma de presión intraocular

- i. Esta puede realizarse con un tonómetro de rebote (iCare), utilizando una pipeta especial nueva entre cada paciente, es un procedimiento indoloro para lo cual no es necesaria la aplicación de anestesia.
- ii. En algunos casos puede realizarse con un tonómetro de aplanamiento (Goldmann), el cual se encuentra añadido a la lámpara de hendidura y para el cual si es necesaria la colocación de anestesia en gotas y fluoresceína.

f. Valoración del ángulo iridocorneal

- i. En algunos casos es necesario realizar este procedimiento que se llama “gonioscopía”. Es necesario colocar un lente de exploración oftalmológica especial, el cual se coloca posterior a la aplicación de anestesia local (tetracaína) y no debe sentirse.

g. Dilatación pupilar

- i. Para lograr una dilatación pupilar y poder valorar de manera completa el fondo del ojo, así como para poder realizar una refracción (medición de la graduación) de manera confiable, es necesario la aplicación de gotas de Tropicamida / fenilefrina 8 mg/5mg/ml en ambos ojos (1 cada cada 5 minutos 2 veces). Este medicamento condiciona una dilatación pupilar que puede durar hasta 8-12 horas, durante este periodo de tiempo puede haber dificultad para enfocar objetos de cerca y molestias con la luz (fotofobia). Así mismo pudiera ocasionar irritación periocular (dermatconjuntivitis alérgica), sensación de cuerpo extraño, y de manera sistémica aunque raro la fenilefrina puede ocasionar hipertensión arterial, dolor de cabeza, taquicardia, arritmias cardiacas (por lo cual debe utilizarse con cuidado en pacientes con alguna cardiopatía), blanqueamiento de la piel. Por otra parte la tropicamida pudiera condicionar alteración del estado de alerta (sueño), boca seca, retención urinaria, constipación, ruborización y fiebre. Estos efectos adversos están reportados sobre todo con la administración sistémica de estos medicamentos. Sin embargo, posterior a la aplicación de las gotas es necesario realizar una oclusión de los puntos lagrimales durante 15 segundos.

h. Valoración del fondo de ojo

- i. Para realizar una valoración del fondo de ojo se utiliza un lente de exploración oftalmológica ya sea de 20 dioptrías, 28 dioptrías o lente de 3 espejos el cual tiene un contacto directo con el ojo, y se utiliza una luz irradiada de manera directa hacia dentro del ojo, con lo cual puede ocasionar deslumbramiento, esta luz no condiciona ningún daño sobre las estructuras oculares.

4. Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento de **consulta oftalmológica completa** y es por ello que otorgo mi más amplio consentimiento en que se me realice el mismo, o en que sea realizado en mi hijo/a, sabiendo que las bondades, beneficios y resultados de dicho procedimiento son: **Poder detectar problemas visuales o de salud ocular y en caso necesario brindar el tratamiento adecuado y oportuno para evitar complicaciones a largo plazo.**

5. Se autoriza al personal de la **clínica Oftalmopedia** para que lleven a cabo los actos y procedimientos necesarios en caso de contingencia y urgencia derivados del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción médica. Si el médico descubre algún padecimiento diferente y no sospechado durante la evolución (si es el caso), le autorizo que realice el tratamiento o procedimiento que considere necesario para éste.

6. Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento planeado.

Estoy enterado (a) de que no existe garantía ni seguridad sobre los resultados del procedimiento y que es posible que pueda no curar la enfermedad que presento. Enterado (a) de todo lo anterior, otorgo mi consentimiento, ya que he leído y entendido el contenido de este formato, se me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento a seguir, por lo que firmo el presente, siendo las _____ horas del día _____.

CEDULA, NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

TESTIGO
NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO
NOMBRE Y FIRMA

Nota: Si el paciente por razón de su edad o estado de salud no puede firmar el presente consentimiento, deberá realizarlo en su nombre un familiar, el tutor, o en su caso, el Representante Legal; en la inteligencia de que si esto no es posible, se procederá conforme a lo dispuesto por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Servicios de Atención médica. (Firmado 2 testigos presenciales).