

## ANILLOS CORNEALES INTRAESTROMALES

Yo, \_\_\_\_\_, He comprendido la naturaleza de la operación que sobre la implantación de ANILLOS INTRAESTROMALES para estabilizar mi CORNEA satisfactoriamente me ha sido explicada por el médico oftalmólogo, el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE**. La cirugía descrita es una de las indicaciones establecidas en Oftalmología para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización, así pues de forma voluntaria y sin ningún tipo de presión:

**Doy mi consentimiento** para que se me realice la Cirugía de Implante de Anillos Intraestromales, así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica.

**Doy mi consentimiento** para que se me administre la anestesia que se considere adecuada para la Operación, así como las medidas complementarias oportunas.

**Doy mi consentimiento** para que se puedan realizar fotografías y/o grabar la intervención si el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** lo considera necesario.

**Doy mi consentimiento** para que a la cirugía asista personal autorizado por mi medico y que el considere necesario para su éxito final.

He sido informado por el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** de que esta cirugía esta encaminada a reforzar mis estructuras corneales y no persiguen NINGUN fin de tipo REFRACTIVO. Informado así como que existe la posibilidad de que haya la necesidad de cirugías complementarias a la inicial. Tengo muy claro que esta cirugía no esta encaminada a corregir mi defecto refractivo.

**He informado** al Medico oftalmólogo de mis enfermedades generales y oculares, para la valoración de las posibles contraindicaciones. (En mujeres se debe informar si está embarazada o en periodo de lactancia).

**Doy mi consentimiento** para que se realice la operación, asumiendo los riesgos y complicaciones que puedan aparecer. Puedo retirar la autorización para la cirugía si lo estimo oportuno, sin que ello repercuta en los cuidados médicos.

Expresamente, declaro conocer, **entre otros**, los aspectos siguientes de la intervención, que sobre la implantación de **ANILLOS INTRAESTROMALES** me ha explicado el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE**.

Soy consciente de:

- 1.- Que pese a la moderna tecnología utilizada, los resultados de la intervención no son predecibles con exactitud, no pudiendo garantizarse en ningún caso la corrección de un número exacto de dioptrías. Este cirugía no tiene un fin refractivo sino el de mejorar la condición estructural de la cornea.
- 2.- Que después de la intervención hay una fase de sensación de deslumbramiento y visión borrosa, que puede durar aproximadamente 3 meses y en ocasiones más tiempo y que puede impedir en pacientes la conducción nocturna de los vehículos o dificultar trabajos de precisión o que requieran una buena visión binocular.
- 3.- Que puede existir una fluctuación en la estabilidad de la visión, aproximadamente durante tres meses, (unos días se ve mejor que otros).
- 4.- Que pueden presentarse, lógicamente, las molestias propias de toda intervención quirúrgica, pudiendo reincorporarse normalmente a sus actividades habituales a partir de un plazo aproximado de entre 10 a 15 días.
- 5.- Que en casos excepcionales, pueden surgir complicaciones graves que conllevan disminución de la visión del ojo operado con y sin gafas correctivas en forma transitoria o permanente.
- 6.- Que debido a la calidad de algunos ojos, y aún necesitando un pequeño retoque para ajustar la totalidad del defecto, éste no es aconsejable realizarlo, por el alto riesgo del ojo en particular, requiriendo una pequeña ayuda visual de apoyo (ejemplo: gafas o lentes de contacto para conducir).
- 7.- Que existe la posibilidad de que haya la necesidad de retirar los segmentos intraestromales de los anillos en el futuro.
- 8.- Que existe la posibilidad de reintervenciones adicionales a la inicial.

Por tanto, leído y comprendido que este procedimiento es el más adecuado para mi problema debido a la inestabilidad de la cornea en mi caso. De acuerdo con lo expuesto anteriormente y aclaradas otras dudas en las conversaciones mantenidas con el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE**, en las visitas previas a la intervención, autorizo expresamente la intervención