



**PACIENTE:**

**Examen SOLICITADO:**

**ANGIOGRAFIA FLUORESCÉINICA DEL SEGMENTO POSTERIOR**

**DIAGNOSTICO:**

He sido ampliamente informado sobre las ventajas, razones y complicaciones del procedimiento denominado **ANGIOGRAFIA Fluoresceínica**, el cual es un procedimiento diagnóstico en oftalmología y en el cual se utiliza medio de contraste que se hace necesario para visualizar el segmento posterior del ojo. Se hace necesario practicarme este examen debido a mi condición Clínico-patológica, el análisis de la historia clínica y mis exámenes de laboratorio PRE-quirúrgico, realizada en la presente valoración por **el Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE**

Teniendo en cuenta que este procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** no será responsable por riesgo, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir este procedimiento médico.

A su vez manifiesto, que he sido adecuadamente informado, en forma oportuna y anteriormente a la presente, de todas las indicaciones y explicaciones necesarias precisas, que me han permitido la comprensión del alcance, contenido de este procedimiento el cual se me va a realizar, A pesar de mis limitaciones de conocimiento en el campo de la medicina, entiendo igualmente que es el procedimiento usual y aceptable, teniendo en cuenta el desarrollo actual de la ciencia médica.