



**CONSENTIMIENTO INFORMADO GENÉRICO PARA SÍNDROME DE OJO SECO  
LEY 17132/ LEY 26.529 Y MODIFICATORIA. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA AMA.**

**Fecha:** .....

**APELLIDO Y NOMBRE:** .....

**DNI:** .....

**ESTADO DE SALUD/ DIAGNOSTICO:** .....

**OBSERVACIONES/ ANTECEDENTES:** .....  
.....

**PROCEDIMIENTO**

La enfermedad o síndrome de ojo seco, hace referencia a una alteración de la superficie ocular, esto es, córnea, conjuntiva, glándulas de meibomio, párpados e inervación, con la consecuente alteración de la lagrime.

Existen diferentes tratamientos para optimizar la superficie ocular en pacientes con síndrome de ojo seco acuodeficiente o evaporativo, cuya indicación dependerá de la patología del paciente y del criterio médico, a saber: Punctum Plug, Luz Pulsada Intensa, Dermoexfoliación Palpebral, Terapia Térmica Palpebral y Punción de Glándulas de Meibomio.

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

**OBJETIVOS/ BENEFICIOS ESPERADOS**

Optimizar la superficie ocular y disminuir los síntomas y signos del Síndrome de Ojo Seco acuodeficiente o evaporativo.

**RIESGOS/ COMPLICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS PREVISIBLES:**

Expulsión y/o pérdida del Punctum Plug, ojo rojo, lagrimeo, queratitis, ulcera de córnea, dolor, infección, inflamación, hemorragia, lipotimia, quemadura de piel, reintervenciones.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:**

Tratamiento médico con lubricantes.

**CONSECUENCIAS DE SU NO REALIZACION:**

Continuar o empeorar su Síndrome de Ojo Seco.

Autorizo al equipo médico tratante 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 la que seré sometido, asumiendo 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/ 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 o REPRESENTANTE LEGAL**

.....

**Aclaración**

.....

**FIRMA DEL MEDICO**

.....

**Aclaración**