

Consentimiento informado para Lentes de Contacto



Establecimiento _____
Óptico-optometrista _____
Número de colegiado _____
Paciente _____

INFORMACIÓN

Realizado el examen optométrico, se detecta:

MIOPIA HIPERMETROPIA ASTIGMATISMO OTROS

Para compensar mi defecto visual se me informa de que puedo utilizar lentes de contacto. También he sido informado de otras alternativas.

Se han realizado las pruebas oportunas para comprobar si mi estado ocular en este momento es satisfactorio para la adaptación de lentes de contacto.

Se me informa de que el uso de lentes de contacto, en general, tiene muchos beneficios pero no está exento de riesgos. Algunos usuarios, por un **uso inadecuado**, pueden desarrollar complicaciones que afecten a la calidad de la visión.

En el proceso de adaptación, es normal un ligero disconfort y ocasional la aparición de ojo rojo o las molestias a la luz. Estas sensaciones van desapareciendo a lo largo del proceso de adaptación.

La cooperación es imprescindible para el éxito de la adaptación. Para ello, recibiré toda la información precisa para una correcta manipulación y mantenimiento de las lentes de contacto.

Las **revisiones periódicas son necesarias para la salud ocular**. Su óptico-optometrista le indicará cuándo debe realizarlas según su caso particular pero, al menos, se realizará una vez al año.

Alargar el periodo de uso de las lentes de contacto más allá del recomendado por su óptico-optometrista puede ocasionarle problemas que afecten su calidad de visión.

En caso de interrumpir el uso de las lentes de contacto por más de seis meses, deberá iniciar de nuevo el proceso de adaptación bajo la supervisión de su óptico-optometrista.

Mi óptico-optometrista, como profesional sanitario, me ha informado de forma satisfactoria sobre la naturaleza, ventajas, inconvenientes y posibles complicaciones de la adaptación de lentes de contacto. También he sido informado sobre otras alternativas para la compensación de mi alteración visual.

He comprendido toda la información que me ha proporcionado mi óptico-optometrista y he realizado todas las preguntas que consideraba oportunas.

Asumo la responsabilidad de asistir a las revisiones, así como de realizar el sistema de mantenimiento que mi óptico-optometrista me indique. Doy mi consentimiento de forma libre y voluntaria para que me realicen la adaptación de las lentes de contacto.

En _____ a _____ de _____ de 200 _____

Paciente o responsable

Nombre: _____

Óptico-optometrista _____

DNI: _____