

Clinica Barraquer

Centro Oftalmológico

No. : 1362234

Página 1 de 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO - Dilatacion

Artículo 10-Decreto 3380 de 1981

1812576

Paciente: KEDUIN ANDREY ZARTA RINCON

HC: 5679898

Identificación: T.I. 1123142824

Fecha: 2024/01/26 8:59 a.m.

1. Yo, , identificado como aparece al pie de mi firma, con capacidad para expresar mi libre albedrio y otorgar mi consentimiento, a Dr./Dra. Dra. Juanita Carvajal Puyana

Autorizo para que me sea aplicada: Anestesia Tópica ☒ Midriático ☒ Miótico ☒.

Se me ha explicado el objetivo de la presente aplicación y su naturaleza.

Efectos Secundarios:

- Anestesia Tópica: Queratitis parcial por inflamación de epitelio.
- Midriático: Parálisis de la acomodación, bloqueo de visión próxima, disminución del tamaño del ángulo camerular (eventualmente, ataque agudo de glaucoma). (La pupila quedará dilatada de 2 a 48 horas de acuerdo al midriático utilizado).
- Miótico: Cefalea, espasmo en la acomodación, aumento del tamaño del ángulo camerular.

He entendido los riesgos que implica dicha aplicación y autorizo voluntariamente para que me sea practicado el procedimiento cada vez que éste sea requerido para mi exámen o tratamiento en la Institución.

Información durante época de emergencia sanitaria por COVID-19:

- Que conozco y entiendo que actualmente nos encontramos en una emergencia sanitaria global declarada a causa de la pandemia del virus COVID-19.
- Que por lo anterior conozco, entiendo y se me ha explicado por parte del profesional de la salud, en un lenguaje claro y sencillo, que en la ejecución de todas las actividades que impliquen contacto cercano, existe un potencial riesgo de contagio.
- Que del mismo modo, he sido debidamente advertido de la presencia en consulta de otras personas que hacen parte del personal asistencial, así como de otros pacientes que acuden al servicio. Por lo tanto, no es posible asegurar un riesgo nulo de transmisión del virus, aun cumpliendo rigurosamente con la implementación de todos y cada uno de los protocolos de bioseguridad adoptados por el Ministerio de Salud, los cuales me han sido informados y de los cuales he verificado su total cumplimiento por parte de los profesionales de la salud y de la institución en general. En consecuencia, es mi deber como paciente acatar dichos protocolos con el fin de mitigar el riesgo de contagio.

Para constancia de lo anterior suscribo el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C, hoy 2024/01/26 8:59 a.m., sin que medie coacción alguna.

Juanita Carvajal Puyana

Dra. Juanita Carvajal Puyana

Reg. Médico: 13278

Facultativo

Firma Paciente o Acudiente

Leonor Rincón

Nombre Paciente o Acudiente

37 626 979

Identificación Paciente o Acudiente