**PONGA AQUÍ EL MEMBRETE Y ELIMINE LA NOTA**

**Nota:** Este formato es sólo una muestra de la información que usted, como cirujano, debe analizar personalmente con el paciente. Por favor revísela y modifíquela para adaptarla a su práctica actual. Entréguele una copia al paciente y envíe este formato al hospital o al centro de cirugía como confirmación de que ha obtenido el consentimiento informado.

**CONSENTIMIENTO PARA COMANEJO DESPUÉS DE CIRUGÍA OFTÁLMICA**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

# CONFIRMACIÓN DEL PACIENTE

El Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me practicará una \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(tipo de cirugía)*. Debido a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deseo que mi propio optómetra, el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, se haga cargo de mi cuidado de seguimiento **postoperatorio**. He comentado esta elección postoperatoria con mi cirujano, el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_.

Tengo entendido que mi oftalmólogo se pondrá en contacto con el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inmediatamente si apareciere cualquier complicación relacionada con mi cirugía oftálmica.

 Entiendo que también puedo contactar al Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en cualquier momento después de la cirugía.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o de la Persona Autorizada para Firmar a Nombre del Paciente) Fecha