Consentimiento informado para lentes de contacto

COLEGIO
ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS
COMUNITAT VALENCIANA

ÓPTICO-OPTOMETRISTA | Nº DE COLEGIADO

ESTABLECIMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE

Realizado el examen Optométrico, se detecta:

☐ MIOPÍA ☐ HIPERMETROPÍA ☐ ASTIGMATISMO ☐ .....

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 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 alteraciones en la superficie ocular con 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 cuando 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 cambios no deseados en la superficie ocular con complicaciones problemas que afecten a la calidad de su 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.

Es sumamente importante tras una correcta higiene de manos, con agua y jabón durante al menos 1 minuto, aclarar y secar convenientemente. En caso de uso de geles/soluciones hidroalcohólicas, antes de manipular las lentes de contacto, límpiese las manos con agua y jabón, aclarando posteriormente.

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 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 _____

Paciente o responsable
Nombre y Apellidos/DNI:

Óptico-optometrista
Óptico-Optometrista, coleg.: