

Consentimiento informado para revisión de Retinopatía del Prematuro

Yo, _____ en calidad de madre, padre o tutor del RN _____, autorizo que la Dra. Naira Citlalli Pereyra Muñoz realice un examen oftalmológico de fondo de ojo de ambos ojos a mi hijo para detección oportuna de retinopatía del prematuro el _____ de _____ de 20 _____ y declaro que:

1. Se me ha explicado que la retinopatía del prematuro es una enfermedad de los ojos que pueden padecer los bebés prematuros.
2. Que por sus antecedentes perinatales, mi hijo está en riesgo de padecer retinopatía del prematuro.
3. Que la retinopatía del prematuro es una enfermedad que puede causar desprendimiento de retina y ceguera si no es detectada y tratada a tiempo.
4. Que la retinopatía del prematuro es una enfermedad que no causa ningún síntoma aparente y que sólo puede ser detectada mediante exámenes oftalmológicos de fondo de ojo.
5. Se me ha explicado en qué consisten los exámenes oftalmológicos de fondo de ojo, así como sus riesgos y beneficios.
6. Que los exámenes oftalmológicos deben iniciar a la 4ª semana de vida del bebé y deben continuar repitiéndose hasta que el desarrollo de la retina se complete y el médico oftalmólogo me lo indique.
7. Que entiendo que por los hallazgos encontrados en el examen oftalmológico de mi hijo, su siguiente revisión debe ser a más tardar en _____ días contados a partir de la fecha de hoy.
8. Que de no acudir a mi siguiente cita a tiempo y en la fecha indicada, deslindo de toda responsabilidad médica, civil y penal a la Dra. Naira Citlalli Pereyra Muñoz y a todos los empleados de Oftalmólogos Pediatras Asociados SC, de no hacer el diagnóstico oportuno y de cualquier consecuencia o secuela que mi hijo pueda sufrir por cualquier enfermedad ocular, específicamente por retinopatía del prematuro.
9. Que si por motivos de fuerza mayor la Dra. Naira Citlalli Pereyra Muñoz no pudiera realizar el examen en la fecha acordada, acudiré con el médico oftalmólogo que ella me indique para que se le realice el examen oftalmológico a mi hijo en la fecha indicada.
10. Que el presente documento tiene carácter legal.
11. Que todas mis dudas han sido aclaradas.

Lugar y fecha

Nombre y firma de la madre, padre o tutor

Dra. Naira Citlalli Pereyra Muñoz

