

Yo, _____,
Identificación _____ como aparece al pie de mi firma con capacidad para expresar mi libre albedrío y otorgar mi consentimiento, por medio de este documento autorizo al Doctor (a) _____ Optometrista de su libre elección o aceptación para realizar la adaptación (es) o procedimiento (s) especial (es) necesarios para la **ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACO.** El Profesional en Optometría autorizado me ha explicado las responsabilidades, naturaleza y los propósitos de la adaptación de lentes de contacto en forma sencilla para mi comprensible, se me ha informado sobre las ventajas, eventuales complicaciones, molestias y riesgos que podrían llegar a producirse como consecuencia de su uso, así como las posibles alternativas a los tratamientos propuestos. Se me ha dado la oportunidad de plantear mis dudas y hacer las preguntas al respecto, las cuales me han sido absueltas y contestadas satisfactoriamente. Se me ha explicado que en todo procedimiento existen riesgos inherentes al mismo y otros relacionados con mi condición clínico-patológica y mis reacciones propias y que además hay riesgos de imposible o difícil prevención los cuales por lo mismo no pueden ser advertidos y en consecuencia declaro expresamente que los asumo a sabiendas que la optometría no es una ciencia exacta y por ello no se me puede garantizar los resultados. Certifico que este documentos ha sido leído y comprendido por mí en su integridad y que todos los espacios no preimpresos fueron diligenciados antes de mi firma. Además se me ha entregado previamente un instructivo con toda la información necesaria.

Firmamos en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del 20____.

Firma del paciente o representante legal

Firma del Optometrista

Nombre: _____

Nombre: _____

Cédula:

Cédula: