

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE:
EDAD:

El óptico-optometrista ha determinado que tengo una alteración visual que afecta a mi rendimiento y calidad de funcionamiento visual. Esta información se me suministra para que pueda tomar una decisión informada del tratamiento de fototerapia optométrica Syntonic (FOS)

1.- INFORMACIÓN de la ACTUACIÓN/TRATAMIENTO

- Identificación y descripción del procedimiento:

La fototerapia optométrica Syntonic, se ocupa de la estimulación del sistema visual mediante frecuencias concretas y acotadas de la luz visible. La FOS irradia luz al ojo filtrando la luz para conseguir acotar las longitudes de onda concretas para adaptarlas a las distintas disfunciones visuales. visuales.

- Objetivo del mismo:

El objetivo de la estimulación por parte del óptico-optometrista está relacionado en función del resultado del examen de las habilidades visuales efectuado al paciente.

- En las condiciones visuales donde existe respuestas anómalas de la función acomodativa,
- En las condiciones de falta de la integración de la visión binocular
- En las condiciones de reducción de eficacia oculomotora, tanto de la fijación, es decir en la función estática como en la función dinámica (movimientos de seguimiento y sacádicos).

Duración del tratamiento

Los tiempos de tratamientos y la duración de las sesiones son determinados por el profesional optometrista. Los controles cada 8 sesiones y la medición de la progresión marcan la elección del filtro y el número de sesiones , que en cada fase de la intervención puede oscilar entre 20-30 sesiones. El número de fases dependerá de las respuestas al tratamiento.

La duración de la FOS depende de cada paciente, de su diagnóstico, de la sintomatología, del proceso de aprendizaje de cada uno, de la constancia. He sido informado de la duración del FOS que el optometrista ha determinado en función de los resultados de la valoración de seguimiento optométrico. Es importante realizar la FOS con constancia y en la frecuencia pautada por el Óptico- Optometrista.

En mi caso he sido informado que la duración estimada de la FOS es de _____ sesiones, si este periodo varía en base a mi evolución será debidamente advertido por mi óptico-optometrista.

- Alternativas razonables a dicho procedimiento:

Actualmente existen otras herramientas para conseguir los mismos objetivos, con mayor evidencia científica, como la terapia visual, las lentes, los prismas o las oclusiones parciales o totales. Suele ser la combinación de técnicas y herramientas las que nos permiten una mejor evolución del caso y de los síntomas del paciente.

- Consecuencias seguras del procedimiento, riesgos típicos frecuentes e infrecuentes pero graves y riesgos personalizados. Molestias, efectos secundarios a corto, medio y largo plazo.

En el proceso de la FOS puede aparecer transitoriamente discomfort, cansancio ocular o dolor de cabeza. Si esto sucede, o noto cualquier otra molestia, debo de informar a mi óptico- optometrista para que valore la normalidad de los síntomas.

No se han registrado consecuencias irreversibles a corto, medio o largo plazo. No existen riesgos descritos típicos ni frecuentes ni eventuales

2.- CONSENTIMIENTO

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el ÓPTICO OPTOMETRISTA que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tal como es especificado en el anterior punto.

Si en el momento del tratamiento surgiera algún imprevisto, el equipo óptico optometrista podrá variar la técnica programada. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo **revocar** el Consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento expresado.

El contenido del presente documento refleja el estado actual del conocimiento en el tratamiento aplicado que es considerado como experimental, por tanto, es susceptible de modificación en caso de que así lo aconsejen nuevos hallazgos o avances científicos. El tratamiento de Fototerapia Optométrica Syntonic (FOS) no cuenta en la actualidad con evidencia científica ni está demostrada su eficacia en el terreno de la Optometría, pudiendo tener un efecto placebo,

Según lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, sus datos de carácter personal y sanitario quedarán registrados en un fichero propiedad del centro _____, pudiendo ser utilizados y cedidos única y exclusivamente a los efectos de la actuación encargada, gozando de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Todos los datos que se derivan del proceso quedarán reflejados en la correspondiente historia clínica, que será custodiada en las instalaciones de la entidad para garantizar su correcta conservación y recuperación.

En..... a de..... de.....

FIRMA DEL PACIENTE o FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL (Cuando por LEY proceda-menores e incapacitados-)

FIRMA y SELLO DEL ÓPTICO OPTOMETRISTA QUE INFORMA

ANEXO Opcional en caso de cesión de datos para estudio, ponencias, etc.

Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente

FIRMA DEL PACIENTE o FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL (Cuando por LEY proceda-menores e incapacitados-)