Formulario de consentimiento informado para el manejo de la miopía

- [ ] Entiendo que el objetivo del manejo de la miopía, es disminuir la velocidad con la que la miopía de mi hijo puede empeorar con el tiempo.
- [ ] Entiendo que en la miopía algunos casos puede continuar empeorando, incluso mientras se somete a un tratamiento de la miopía.
- [ ] Se me ha aconsejado sobre las opciones de intervención relevantes disponibles para mi hijo, incluidas las posibles consideraciones y complicaciones del tratamiento, y estoy entusiasmado de proceder con el tratamiento de la miopía.
- [ ] He sido informado sobre las consideraciones de no proceder o cumplir con una intervención de manejo de la miopía y entiendo las posibles implicaciones de esto.
- [ ] Me han aconsejado sobre un horario de uso recomendado (incluido el número de horas por día y días por semana, si es necesario) y entiendo la importancia de adherirme a esto.
- [ ] Entiendo que de vez en cuando mi profesional de la vista puede sugerir una intervención diferente en el manejo de la miopía basada en las últimas investigaciones.
- [ ] Entiendo que mi hijo debe asistir a citas regulares para evaluar el progreso, que puede ser tan frecuente como tres o seis meses y según las indicaciones de mi profesional de la visión.

Rechazo del tratamiento de la miopía

- [ ] Mi profesional de la visión me ha informado de las opciones relevantes disponibles para mi hijo, incluidos los riesgos de no proceder con ninguna intervención de manejo de la miopía y no deseo continuar con el manejo de la miopía.

Firma de los padres (o niño si cumple con la edad de consentimiento) _____

Nombre del padre o tutor _____

Fecha _____

CooperVision®

Este recurso fue apoyado por un subsidio educativo de CooperVision