

Autorización para Procedimiento Quirúrgico

Operación de Cataratas, y/ o Implantación de Lente Intraocular

Nombre del Paciente _____ Cirujano _____

Procedimiento Propuesto:

Operación de Cataratas con Implantación de Lente Intraocular - Ojo

Después que su medico le yaga dicho a usted que usted tiene catarata, usted y su medico son los únicos que pueden determinar cuando y si usted debe tener una operación de cataratas basado en su propias necesidades visuales y consideraciones medicas.

1. TRATAMIENTOS ALTERNOS:

Existen tres métodos para restaurar la visión usual como resultado de la operación:

Lente Intraocular: En los Estados Unidos, un lente intraocular es la forma más común de restaurar la visión con la cirugía de catarata. Este es un lente artificial bien pequeño, usualmente hecho de plástico, silicón o material acrílico, quirúrgicamente y permanentemente colocado dentro de su ojo. Objetos son vistos en su tamaño normal. Espejuelos convencionales (no espejuelos de cataratas) pueden ser requeridos en adición a un lente intraocular para mejor visión.

Espejuelos (lentes): Espejuelos de cataratas requeridos para corregir su visión son usualmente mas gruesos y pesados que los lentes convencionales. Los espejuelos de cataratas aumentan el tamaño de objetos por un promedio de 25%. Visión clara es obtenida a través de la parte central de los espejuelos de cataratas, lo cual quiere decir que usted debe aprender a girar su cabeza para ver claro a uno u otro lado. Espejuelos de cataratas usualmente no pueden ser usados si la catarata existe en un solo ojo (y el otro es normal) porque pueden causar visión doble.

Lente de Contacto: Lente de contacto suave o duro, puesto fuera de su cornea cada día, aumenta el aparente tamaño de objetos solo por 8% mas o menos. El manejo de lentes de contacto es difícil para algunos individuos. La mayoría de lentes deben ser insertados y removidos diariamente y no toda la persona puede tolerarlos. Para tareas de cerca, espejuelos para leer pueden ser requeridos en adición a los lentes de contacto.

2. COMPLICACIONES DE INYECCION DE ANESTESIA LOCAL:

Complicaciones de inyecciones de anestesia local alrededor del ojo incluye la perforación del globo del ojo, sangramiento, destrucción del nervio óptico, interferencia con la circulación de la retina, posibles parpados caídos, visión doble, pérdida de la visión, depresión respiratoria, o hipotensión.

3. COMPLICACIONES DE CIRUGIA PARA REMOVER UNA CATARATA:

Como resultado de la cirugía, puede ser posible que mi visión quede peor. En algunos casos, complicaciones pueden ocurrir semanas, meses o hasta años después. Complicaciones pueden incluir hemorragia (sangramiento), perforación de el ojo, perdida de claridad corneal , pedazos de cataratas retenidos en el ojo, infección, separación de la retina, ojo doloroso o incomodo, parpados caídos, glaucoma y/o visión doble. La parte de atrás (posterior) de la cápsula de el lente es usualmente dejada intacta en la cirugía para la colocación de el implante. Si complicaciones ocurren, esta cápsula puede desgarrar, con la sustancia “gelatinosa” clara (llamada vítreos) presentándose al frente de el ojo. Si esto ocurre, un procedimiento adicional llamado una vitrectomía anterior pueda ser necesaria y un lente intraocular adecuado sea colocado frente de la iris (parte coloreada de el ojo) de ser necesario en vez de el que usualmente es colocado detrás de la pupila. Visión satisfactoria es usualmente obtenida aunque una vitrectomía anterior tornase necesaria. Esta y otras complicaciones pueden ocurrir de todo caso, o _____ iniciales

que no sea implantado el lente y resulte en pobre visión, pérdida total de visión o hasta pérdida de el ojo en situaciones raras.

4. **COMPLICACIONES ESPECIFICAS DE IMPLANTACION DE LENTES:**

Inserción de un lente intraocular puede inducir complicaciones en cual de otra manera pueda ser que no ocurra. En algunos casos, complicaciones pueden desarrollarse durante cirugía implantándose el lente o días, semanas, meses, o hasta años después. Complicaciones pueden incluir pérdida de claridad corneal , infección, uveítis, iris atrofia, glaucoma, sangramiento en el ojo, inhabilidad para dilatar la pupila, incrementacion de relumbrar nocturno y/o cerco luminoso, imagen secundaria o dobles, dislocación de el lente y desprendimiento retinal. En ocasiones raras, las medidas para el poder de el lente pueden significativamente variar, resultando en la necesidad para lentes correctivos o reemplazarle quirúrgicamente el lente intraocular.

5 Si un lente intraocular es implantado, es hecho por métodos quirúrgico. Es el propósito que el pequeño lente plástico, silicón o de acrílico sea dejado en el ojo permanentemente.

6. En la hora de cirugía, mi doctor puede decidir no implantar un lente intraocular en mi ojo aunque yo le yaga dado permiso hacerlo previamente.

7. Los resultados de cirugía en mi caso no pueden ser garantizados. Tratamiento adicional y/o cirugía puedan ser necesarias. Puede ser que yo necesite cirugía laser para corregir nubosidad de la visión. En algún tiempo futuro, el lente implantado en mi ojo puede ser que tenga que ser reposicionado, removidos quirúrgicamente, o intercambiado por otro lente intraocular.

8. Yo entiendo que la cirugía de cataratas y las calculaciones para el lente intraocular no son "una ciencia exacta." Yo acepto que yo pueda necesitar usar espejuelos o lentes de contacto subsecuentemente a la cirugía para obtener mi mejor visión. También hay la posibilidad de subsecuentemente tener la necesidad de cirugías tales como, intercambio de lente, implantación de un lente adicional, o cirugía refractiva laser si yo no estoy satisfecho con mi visión después de mi catarata ser removida.

9. **CONDICIONES ADICIONALES IMPREVISTAS DE CIRUGIA EN GENERAL:**

Tal y como hay beneficios al procedimiento(s), Yo también entiendo que procedimientos médicos y quirúrgicos envuelven riesgos. Estos riesgos incluyen, pero no son limitados a reacciones alérgicas , sangramiento, cuabulos de sangre, infecciones, efectos secundarios a drogas, o hasta pérdida de funcionamiento corporal o vida como también la transmisión de enfermedades infecciosas, incluyendo hepatitis y Síndrome de Immologica Deficiencia Adquirida (SIDA).

10. La naturaleza y propósito de la operación y anestesia, posibles métodos alternos de tratamiento, los riesgos envueltos, y la posibilidad de complicaciones listadas arriba han sido completamente explicadas a mi por mi medico. Yo reconozco que ninguna garantía o promesa se me ha hecho hacia los resultados que puedan ser obtenidos.

11. Por la presente yo autorizo al cirujano arriba mencionado y quien quiera el/ella pueda designar como su asistentes, a efectuar en mi persona (el paciente arriba mencionado) la operación arriba mencionada o procedimiento y si cualquier condición no provista surgiese en el curso de la operación, en el cual juicio de el medico presente o el cirujano a cargo requiera de procedimiento(s) u operación(es) en adición a o diferente de aquellas ahora contemplado, Yo adicionalmente requiero y autorizo a el/ella hacer cualquier cosa el/ella considere recomendable.

_____ iniciales

12. Yo consiento a la administración de tales anestésicos como indicado en el juicio de el/la Anestesta, Medico, y Cirujano a cargo de mi.
13. Si mientras me encuentro en el Centro de Cirugía Ambulatoria, surgiera una emergencia medica inesperada conmigo, consiento a que se me administre auxilio inmediato, incluyendo pero no limitado a, evaluación medica, consultas e inclusive el traslado a un hospital vía ambulancia.
14. Yo consiento a la administración de sangre, medicamentos, y otras sustancias y el uso de rayos-x y otros procedimientos considerados apropiado por el médicos) o cirujano(s) a cargo de mi en el ejercicio de su juicio.
15. Yo consiento a la examinación, uso o disposición por mi medico o cirujano o un medico o cirujano asignado de el Orlando Ophthalmology Surgery Center, de cualquier órganos, tejidos, fluidos, o partes removidas de el cuerpo.
16. Yo consiento a la toma y publicación de cualquier fotografía o grabación en video durante el transcurso de esta operación para el propósito del avance de la educación medica.
17. Yo consiento a la admisión de observadores en la sala de operación para el propósito del avance de la educación médica.
18. Yo autorizo la divulgación de cualquiera información medica necesaria para procesar la reclamación.
19. Yo autorizo el pago de beneficios medicos al medico infrascrito o suplidor por servicios descritos arriba.

YO CERTIFICO QUE HE LEIDO O SE ME HA SIDO LEIDO Y COMPLETAMENTE ENTIENDO EL ARRIBA ESTIPULADO CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO QUIRUGICO Y/O DE DIAGNOSTICO, QUE LAS EXPLICACIONES REFERIDAS EN EL MISMO SE HAN HECHO, Y TODOS LOS BLANCOS O DECLARACIONES REQUIRIENDO INSERTACION O COMPLETACION HAN SIDO LLENADOS Y PARRAFOS INAPLICABLES, SI ALGUNO, HAN SIDO TACHADOS ANTES DE YO FIRMAR.

Firma del Paciente _____ Date _____ Time _____

Quando el Paciente es un menor o incapaz de dar consentimiento:

Paciente es un menor de _____ ano de edad o no puede firmar porque _____

Firma de persona autorizada a dar consentimiento por Paciente:

Relación con el Paciente _____ Fecha _____ Hora _____

TESTIGO: _____ Fecha _____ Hora _____

AFIRMACION DEL MEDICO A CONSENTIMIENTO

Yo certifico que he informado al paciente o su representante de la naturaleza de este procedimiento, métodos alternos al mismo, incluyendo no-tratamiento, y los riesgos asociaciados con el mismo.

Firma del Medico _____ M.D. Fecha _____