

Orlando Ophthalmology Surgery Center
Autorizacion para Procedimiento Quirujico

Nombre de Paciente _____ Cirujano _____

Procedimiento Propuesto: **Capsulotomia Posterior YAG Laser - Ojo**

Su medico ha sugerido que usted tenga un procedimiento llamado Capsulotomia Posterior YAG laser.

1. Explicacion del Procedimiento:

Cuando una catarata es removida durante la cirugia, la fina membrana que forma de parte de atras del lente es dejada atras. Esta "capsula posterior" permanece en el ojo y sostiene el lente implantado (el lente artificial) en su sitio. En 30-50% de los pacientes de los cuales han tenido cirugia de cataratas, la capsula posterior eventualmente se tornara nebulosa y blanca, conduciendo a problemas de deslumbramiento y una reduccion gradual en la vision.

Esta condicion, conocida por "opacificacion dela capsula de el lente posterior," puede ser tratada enfocando un rayo laser en al capsula. Un YAG laser es usado. el laser actualmente abre el centro de la membrana, permitiendo que la vision sea aclarada nuevamente. No hay incomodidad del procedimiento, porque la membrana no tiene nervios o vasos sanguineos. El procedimiento conlleva menos de dos (2) minutos para hacer, sin embargo su medico puede ordenar la aplicacion de gotas para dilatarle el ojo el cual ha de tener el procedimiento de 15-30 minutos antes de el procedimiento.

2. Posibles Complicaciones:

Tal como con todo procedimiento, la posibilidad de complicaciones existe. Complicaciones de una capsulotomia YAG laser no son comunes. Estas incluyen reacciones adversas a gotas de ojo usadas antes y despues de el procedimiento, fracasando a obtener el resultado intentado, inflamacion, sangramiento, presion elevada en el ojo, glaucoma, dano a la cornea o lente implantado, flotadores, desgarre o desprendimiento retinal, e inhazon en la parte central de la retina causando vision borrosa. Complicaciones severas son raras, y aunque pueden ser tratables, pueden resultar en perdida parcial o total de la vision. Si previas enfermedad retinal esta presente, pero no diagnosticada por pobre vision, aculado visual puede que no mejore a niveles esperados.

3. Yo entiendo que no hay ninguna otra tecnica medica o quirujica para mejorar la opacificacion de la capsula de lente posterior. Yo entiendo que la principal alternativa a cirugia en este caso es no tener cirugia. Mi medico ah explicado los riesgos y beneficios de el procedimiento a mi satisfacion, y todas mis prequntas en cuanto el procedimiento han sido contestadas. Y o reconozco que ninguna garantia o promesa se me han hecho concerniente a los resultados de cualquier procedimiento o tratamiento. Yo entiendo que como es imposible declarar toda complicasion que pueda ocurrir como resultado de este procedimiento, la lista declarada en esta forma no es completa.

4. 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 operacion arriba mencionada o procedimiento y si cualquier condicion no prevista surgiese en el curso de la operacion, en el cual juicio de el medico presente o el cirujano a cargo requiera de procedimiento(s) u operacion(es) en adiccion a o diferente de aquella ahora comtemplado, Yo adicionalmente requiero y autorizo a el/ella tomar cualquier accion el/ella considere recomendable

5. Yo autorizo la divulgacion de cualquiera informacion medica necesaria para procesar la reclamacion.

6. Yo autorizo el pago de beneficios medicos a Orlando Ophthalmology Surgery Center por los servicios descritos.

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 _____ Fecha _____ Hora _____

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:

Relacion con el Paciente _____ Fecha _____ Hora _____

TESTIGO: _____ Fecha _____ Hora _____

AFFIRMACION DEL MEDICO A CONSENTIMIENTO

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

Firma del Medico _____ M.D. Fecha _____