

Orlando Ophthalmology Surgery Center
Autorización para Procedimiento Quirúrgico

Nombre Paciente _____ Cirujano _____

Procedimiento Propuesto: **Vitrectomía - Ojo**

1. Su doctor a determinado que usted tiene una enfermedad en su ojo que requiere una vitrectomía, un procedimiento en que el vítreo que llena la mayor parte posterior del ojo es removido. En adición de ser removido el vítreo, el / ella removerá otras sustancias en el vítreo tales como sangre, membranas y materiales opacos para que haya un camino claro desde el frente del ojo hasta la retina, para capacitar mejor su visión.

2. COMPLICACIONES DE OPERACIÓN DE VITRECTOMIA

Complicaciones de la vitrectomía pueden ocurrir. Daño a la cornea (ventana del ojo), el iris (la parte de color del ojo), y la retina (la parte sensitiva a la luz), complicaciones se han dado a conocer de la vitrectomía. Es posible que una catarata se desarrolle durante o después de la cirugía la cual podrá ser removida durante el procedimiento o en una fecha posterior. Usted necesitara un lente correctivo o un lente de contacto para compensar la visión. En algunos casos, la visión no será usable en el ojo.

En adición, durante la cirugía, se podría encontrar que la retina este desprendida o pueda ser desgarrada durante la cirugía. En este caso, será necesario tratar de pegar la retina durante la misma operación, si es posible. En algunos casos puede ser necesario tener que reoperar para pegar la retina. A veces, glaucoma (elevación de la presión del ojo) puede presentarse, requiriendo el uso de gotas o cirugía para tratarlo en el futuro. Dolor crónico o visión doble puede ocurrir. Visión borrosa o distorsionada puede ocurrir, requiriendo un cambio de espejuelos. Otros riesgos incluyen infección en el ojo, hemorragia, coágulos de sangre, empeoramiento de otras condiciones presentes en su ojo, recurrencia de la enfermedad que cause que haya que reoperar el ojo y hasta perdida total del ojo.

3. FOTO COAGULACIÓN CON LASER

La foto coagulación con láser es un procedimiento en el cual el doctor usa un rayo de luz muy potente en las partes anormales del ojo. El rayo láser de Argon se puede usar en conjunción con la vitrectomía para sellar vasos sanguíneos en la retina para parar sangramiento o ayudar a pegar una retina desprendida. No es común tener complicaciones con el uso del láser, pero pueden ocurrir. Es posible que la visión se empeore con el uso del láser. Danos a la cornea, iris y la retina han ocurrido raramente, a veces resultando en empeoramiento de la visión, ceguera y otras condiciones del ojo que requieren tratamiento prolongado. Es posible también que cualquier condición presente en el ojo antes del procedimiento vuelva otra vez. Es posible que estos procedimientos y operaciones tengan que ser repetidos una o más veces en el futuro.

4. SITUACIONES IMPREVISTAS DE CUALQUIER CIRUGÍA EN GENERAL

Aunque no es común, otras complicaciones relacionadas a cualquier cirugía pueden ocurrir. Estos problemas incluyen, pero no están limitados a: reacciones alérgicas a medicinas y otras sustancias usadas durante la cirugía, efectos adversos de las mismas, perdida de función de partes del cuerpo así como la transmisión de enfermedades infecciosas, tales como la hepatitis y el SIDA.

5. COMPLICACIONES POSIBLES DE LA ANESTESIA

Aunque poco comunes, la anestesia puede causar complicaciones. Posibles complicaciones de inyecciones alrededor del ojo incluyen: perforación del ojo, sangramiento, daño al nervio óptico, interferencia con la circulación de la retina, caída del parpado, visión doble, depresión de la respiración o hipotensión. Posibles complicaciones de la anestesia general incluyen danos al corazón y otros órganos, pérdida de función del cuerpo y muerte.

6. ALTERNATIVAS A LA CIRUGÍA

Ninguna cirugía es sin riesgos. La alternativa es de observar la condición del ojo solamente, permitiendo que el problema tome su curso natural.

7. 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 explicados a mí por mi medico. Yo reconozco que ninguna garantía o promesa se me ha hecho de los resultados que puedan ser obtenidos.
8. Por el 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 prevista surgiese en el curso de la operación, en el cual juicio del medico presente o el cirujano a cargo requiera de procedimiento(s) o operación(es) en adición a o diferente de aquella ahora contemplado. Yo adicionalmente requiero y autorizo a el/ella tomar cualquier acción el/ella considere recomendable.
9. Yo consiento a la administración de tales anestésicos como sean indicado en el juicio de el/la Anestesista, Medico y Cirujano a cargo de mí.
10. Yo consiento a la administración de sangre, medicamentos, y otras sustancias y el uso de rayos-x y otros procedimientos considerados apropiado por el medico(s) o cirujano(s) a cargo de mí en el ejercicio de su juicio.
11. Yo consiento a la examinación, uso o disposición por mi medico o cirujano o un medico o cirujano asignado del Orlando Ophthalmology Surgery Center, de cualesquiera órganos, tejidos, fluidos, o partes removidas del cuerpo.
12. 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.
13. Yo consiento a la admisión de observadores en la sala de operación para el propósito del avance de la educación medica.
14. Yo autorizo la divulgación de cualquiera información medica necesaria para procesar la reclamación del seguro medico.
15. Yo autorizo el pago de beneficios médicos 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 QUIRURGICO Y/O DE DIAGNOSTICO, QUE LAS EXPLICACIONES REFERIDAS EN EL MISMO SE HAN HECHO, Y TODOS LOS BLANCOS O DECLARACIONES REQUIRIENDO INSERTACION O COMPLECION HAN SIDO LLENADOS Y PARRAFOS INAPLICABLES, SI ALGUNO, HAN SIDO TACHADOS ANTES DE YO FIRMAR.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Hora _____

Cuando el paciente es un menor o incapaz de dar consentimiento:

Paciente es un menor de _____ anos 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 asociados con el mismo.

Firma del Medico _____ M.D. Fecha _____