

Orlando Ophthalmology Surgery Center
Authorizacion para Procedimiento Quirujico

Nombre de

Paciente _____ Cirujano _____

Procedimiento Propuesto: **Iridotomia Periferico YAG Laser - Ojo**

Su medico ha sugerido que usted tenga un procedimiento llamado Iridotomia Periferico YAG laser para ayudar su ojo drenar apropiadamente para ayudar prevenir o tratar glaucoma.

1. Explicacion del Procedimiento:

El interior de el ojo humano contiene un “sistema de plomeria”, en el cual fluido es constantemente producido en la parte posterior de el ojo y drenado cerca de el frente. Algunos pacientes con ojos que son mas cortos de lo normal tendran un drenaje que es en cierto modo estrecho o obstruido comparado a otros. Si esta area de drenaje, tambien llamada “el angulo”, es repentinamente cerrado completamente, puede ocasionar un repentino y severo tipo de glaucoma con dolor, ojo rojizo, nausea, vision nubosa y pression peligrosamente elevada dentro de el ojo. Imperamento visual permanente es comun si tratamiento no es ligeramente rendido. Esta condicion, conocida por “glaucoma aguda de agulo cerrado”, puede frecuentemente ser prevenido enfocando un rayo laser en la iris (parte coloreada de el ojo) y haciendo un pequeno hueco en ella. Esto permite fluido hecho en el ojo a tener mejor acceso al drenaje, preveniendo un alza repentina en presion. Hay minima incomodidad, si alguna, de el procedimiento, el cual toma menos de 5 minutos para efectuar.

2. Posibles Complicaciones:

Complicaciones de una iridotomia laser son no-comun, sin embargo pueden ocurrir. La complicaciones mas comunes es la deficiencia en obtener el resultado propuesto, inflamacion, sangramiento, elevasion transitoria o elevasion continua de presion en el ojo, glaucoma, dano a la cornea o lente, relumbrar, formasion de cataratas, eh hinchazon en la parte central de la retina causando vision borrosa.

Complicaciones severas son raras, y a pesar que puedan ser tratables, pueden resultar en perdida parcial o total de la vision, varios tratamientos de laser sobre un periodo de tiempo de varias semanas puedan ser necesarias para efectuar un hueco adecuado en la iris para mejorar drenaje. Medicinas para bajar la presion de el ojo pueden ser aun necesarias post-operativas, cortamente despues de la cirugia o varios anos despues.

3. Tratamientos Alternos:

Continuo uso dairio de ciertas gotas de ojos pueden tambien prevenir un repentino ataque de angula-cerrado. Una alternativa principal al tratamiento laser es no tener ningun procedimiento.

4. Mi medico ah explicado los riesgos y beneficios de el procedimiento a mi satisfacion, y todas mis preguntas 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.

5. 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 contemplado, Yo adicionalmente requiero y autorizo a el/ella tomar cualquier accion el/ella considere recomendable.

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

7. 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 _____