

Orlando Ophthalmology Surgery Center
(Centro de cirugía oftalmológica de Orlando)

Consentimiento informado para el centro de cirugía oftalmológica

La ley del Estado de Florida garantiza que usted tiene tanto el derecho como la obligación de tomar decisiones respecto a su cuidado médico. Mientras su médico puede proporcionar toda la información necesaria y asesoría, usted como miembro del equipo de cuidado médico debe entrar en el proceso de toma de decisiones. Este formulario se ha designado para reconocer su aceptación de el/los procedimiento(s) operativo(s)/otro(s), recomendados por su médico.

1. Yo, _____, por medio de la presente autorizo al Dr. _____ y/o sus asociados o asistentes como sean seleccionados por dicho médico para llevar a cabo el/los siguiente(s) procedimiento(s) operativo(s)/otro(s):

2. Comprendo que durante el curso de el/los procedimiento(s) operativo(s)/otro(s), cuidado post operativo, tratamiento médico, anestesia u otro(s) procedimiento(s) operativo(s), pueden aparecer condiciones no planeadas, lo que podría requerir una extensión de el/los procedimiento(s) operativo(s)/otro(s) adicional(es) o bien, procedimiento(s) operativo(s)/otro(s) tratamiento(s) diferente(s) de los descritos con anterioridad. Por lo tanto, autorizo a mi médico o sus asociados a llevar a cabo dicho(s) procedimiento(s) operativo(s)/otro(s) adicional(es) que ellos, en el ejercicio de su juicio profesional, consideren necesarios.
3. Se me ha informado que hay riesgos significativos como pérdida de sangre, quemaduras, complicaciones respiratorias, infección, complicaciones cardíacas, que pueden resultar de la ejecución de el/los procedimiento(s) operativo(s)/otro(s), y en algunos casos, pueden resultar en muerte o discapacidad parcial. Estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y reconozco que no se me ha hecho ninguna garantía del resultado o la cura. También he hablado con el médico aquí nombrado y/o sus asociados sobre los beneficios, riesgos y complicaciones de esta(s) operaciones y este(os) procedimiento(s) en específico.
4. Por medio de la presente _____ AUTORIZO _____ NO AUTORIZO la extracción de una muestra de sangre de mi cuerpo en caso de que un empleado o un médico accidentalmente se punce con una aguja o sea expuesto a alguna membrana mucosa con mi sangre o fluido corporal. Comprendo también que en caso de que un contacto accidental ocurra, la muestra de sangre se manejará y probará de manera que se proteja mi identidad y privacidad. Ningún resultado de las pruebas de sangre se divulgará o mostrará a personas no autorizadas sin mi autorización por escrito.
5. Por medio de la presente _____ AUTORIZO _____ NO AUTORIZO a la toma y publicación de fotografías o videgrabaciones en el curso de mi operación para propósitos médicos, científicos o educacionales. Las fotografías podrían incluir porciones apropiadas de cuerpo, sin proporcionar identidad con la imagen o el texto descriptivo que las acompaña. Los videos son propiedad del médico. Las fotografías serán incorporadas a su archivo médico.
6. Para propósitos de educación médica avanzada, _____ AUTORIZO _____ NO AUTORIZO la admisión de estudiantes y personas requeridas para apoyo técnico a la sala en donde se estará llevando a cabo el procedimiento.
7. Por medio de la presente _____ AUTORIZO _____ NO AUTORIZO a la examinación, uso o desecho por parte del médico o el médico o cirujano a cargo del Orlando Ophthalmology Surgery Center, de cualquier órgano, tejido o fluido o parte removida del cuerpo.

8. Los riesgos específicos para este tipo de procedimientos pueden incluir sin limitarse:

Perforación, punción, laceración, corte, cicatrización, falla al lograr la intención de la cirugía, inflamación, hematomas, dolor moderado, sensación de cambios, tensión, supuración del lugar de la incisión, sangrado o hematoma excesivo, contracción, cambios permanentes en la sensibilidad, separación de la herida, cicatrización antiestética, recolección de líquido, pérdida de la claridad corneal, infección, hemorragia (sangrado), desprendimiento retinal, glaucoma, visión doble, reflejo o sensibilidad a la luz, inflamación al interior del ojo, incapacidad para implantar lentes intraoculares, anomalías en las pupilas, dislocación u otros problemas con los lentes intraoculares que requieran cirugía de reposicionamiento o cambio, caída del párpado, ceguera permanente o pérdida del ojo, asimetría, ojo seco, lágrimas excesivas, visión doble, visión disminuida, pérdida del núcleo al interior del fondo del ojo, resultados no satisfactorios, un regreso no programado para una cirugía, la necesidad subsecuente de reparar o la incapacidad de usar lentes de contacto.

9. También reconozco que los cursos alternativos aceptables y razonables de terapia se han hablado conmigo y que los beneficios, riesgos y complicaciones de estos se me han hecho saber.
10. He tenido suficientes oportunidades para hablar de mi condición y planear el/los procedimiento(s) operativo(s)/otro(s) con el médico aquí nombrado o sus asociados, y todas mis preguntas se han respondido a mi entera satisfacción. Comprendo mi condición y el/los procedimiento(s) operativo(s)/otro(s) planeados y tengo conocimiento adecuado sobre el cual dar un consentimiento informado. Comprendo mi derecho a rechazar el/los procedimiento(s) operativo(s)/otro(s) recomendado(s), las opciones disponibles para mí en caso de rechazarlo(s) y las consecuencias esperadas de dicho rechazo.
11. Comprendo que la cirugía está planeada para llevarse a cabo sobre bases ambulatorias. Autorizo la transferencia a un hospital u otra instalación si mi médico lo considera aconsejable o necesario.
12. Comprendo que el Centro de Cirugía no es responsable por la pérdida o daño de cualquier objeto de valor que haya traído al centro.

Si el paciente no puede firmar, favor de completar lo siguiente:

El paciente no puede firmar porque: _____

Firma del paciente/Tutor/Guardian/Represente o
Persona legalmente autorizada/relación

Fecha

Testigo de la firma

Fecha

Firma del médico

Fecha

Traductor/Interprete/Relación con el paciente

Fecha