



6816

Autorización para cirugía de cataratas con implante de lente intraocular
(Authorization for Cataract Surgery with Intraocular Lens Implant)

Nombre del paciente: _____

Por la presente, autorizo al Dr. _____ a realizar la siguiente cirugía:

Cirugía de cataratas con implante de lente intraocular _____

<input type="checkbox"/> Ojo derecho	<input type="checkbox"/> Ojo izquierdo
<input type="checkbox"/> Ojo izquierdo	<input type="checkbox"/> Ojo derecho

Entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace la cirugía listada arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Se me ha explicado en conexión con la cirugía propuesta: (i) la naturaleza y el propósito de la cirugía/ procedimiento/ tratamiento propuesto; (ii) los riesgos y consecuencias previsibles de la cirugía/ procedimiento/ tratamiento propuesto, incluyendo el riesgo de que la cirugía/ procedimiento/ tratamiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; (iii), y las alternativas a la cirugía/ procedimiento/ tratamiento propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas.

Entiendo que los riesgos comunes de los procedimientos quirúrgicos incluyen, entre otros, infecciones, coágulos sanguíneos, hemorragia, reacciones alérgicas, lesión en nervios, lesión vascular y hasta la muerte.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para la cirugía, se me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles:

- | | | |
|-------------------------------|--|------------------------------------|
| • Pérdida del ojo | • Enturbiamiento del tejido detrás del implante | • Partículas de catarata retenidas |
| • Inflamación o infección | • Desplazamiento o dislocación del lente intraocular | • Desprendimiento de la retina |
| • Claridad corneal | • Inflamación de la retina | • Sensibilidad a la luz |
| • Sensación de cuerpo extraño | • Aumento en la presión ocular | • Visión doble |
| • Pupila irregular o dilatada | • Destellos nocturnos | • Necesidad de otra cirugía |
| • Párpado caído | • Visión que puede empeorar | |
| • Pérdida total de la visión | • Necesidad de anteojos o lentes de contacto | |

_____ Iniciales del paciente



6816



Soy consciente de que, además de los riesgos razonablemente previsibles descritos, existen otros riesgos previsibles, que se han discutido conmigo, pero no están listados. Afirmando que entiendo el propósito y los beneficios potenciales del tratamiento y/o procedimiento especial propuesto, que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados que se pueden obtener, y que se me ha ofrecido respuesta a todas mis preguntas sobre la cirugía/ procedimiento/ tratamiento propuesto.

Accedo al uso de anestesia y/o sedación/analgesia según se requiera, y si corresponde, a la eliminación de cualquier tejido que se extirpe. En algunos casos, la introducción de anestesia local se logra insertando una aguja o cánula en la órbita del ojo para hacer que el ojo quede insensible a los procedimientos operatorios. Los riesgos de este procedimiento, aunque raros, pueden ser serios e incluyen lesión al ojo en sí y a los músculos que lo rodean. Tales lesiones pueden conducir problemas visuales o una pérdida total de la visión. Se han analizado las alternativas a la inyección periorbital, incluso la sedación en combinación con gotas oculares o gel anestésico.

También autorizo al Hospital y al médico o médicos mencionados arriba a que tomen fotografías, video y/o usen cualquier otro medio que dé como resultado la documentación permanente de mi imagen para propósitos médicos, científicos o educativos, siempre que no revelen mi identidad. Accedo a que el Hospital elimine todas las fotografías tomadas según esta autorización, que no se requiera retener por ley, siempre que la forma de eliminación sea la destrucción permanente.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ M.D. Firmado: _____
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha: _____ Hora: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ Fecha: _____ Hora: _____
(Intérprete)

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [] PORQUE:

MD Fecha: _____ Hora: _____

Testigo Fecha: _____ Hora: _____