Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Autorización para Laringoscopia por fibra óptica flexible

Nombre del paciente: _____

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

procedimiento/ tratamiento especial: **Laringoscopia por fibra óptica flexible**

La laringoscopia por fibra óptica es una forma que tiene su médico para observar su caja de voz (laringe) así como otras estructuras vecinas en su garganta (faringe). Esto ayuda a su médico a ver si hay algún cáncer visible u otros problemas. Entiendo que es posible que sea necesario repetir este procedimiento durante y después de un ciclo de tratamiento. Para hacer el procedimiento, se inserta por la nariz y hasta la garganta un tubo flexible del ancho aproximado de una pajita. Habitualmente se adormece (anestesia) la nariz antes de colocar el tubo.

Entiendo que los residentes, estudiantes de medicina, asistentes del médico (PA) y/u otras enfermeras licenciadas de práctica avanzada (APRN) pueden estar presentes y/o ayudar a la realización, y/o llevar a cabo tareas médicas/quirúrgicas significativas en el procedimiento/ tratamiento especial especificado arriba. Además, entiendo que pueden existir circunstancias no previstas que aparezcan mientras se hace el procedimiento/ tratamiento especial indicado arriba que requieran la asistencia de otro personal médico calificado que no ha sido identificado.

Me han explicado lo siguiente en conexión con el procedimiento/ tratamiento propuesto: (i) la naturaleza y el propósito del procedimiento/ tratamiento propuesto, incluyendo el riesgo de que el procedimiento/ tratamiento propuesto tal vez no alcance el objetivo deseado; y (iii), las alternativas al procedimiento/ tratamiento propuesto y los riesgos y beneficios asociados a tales alternativas.

Específicamente, para obtener mi consentimiento informado para este procedimiento especial, me han informado los siguientes riesgos razonablemente previsibles (menos del 2-3% de riesgo):

- Incomodidad / dolor
- Sangrado
- Arcadas
- Dolor de garganta
- Incapacidad de ver bien y no ver el cáncer

- Reacción alérgica (rara) al medicamento anestésico que podría causar problemas potencialmente fatales

- Efecto secundario sumamente raro de inflamación de la caja de voz (laringe) que podría dificultar la respiración o hacerla imposible y que podría requerir la colocación de emergencia de un tubo debajo de la caja de voz (traqueostomía)

Afirmo 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 el procedimiento/ tratamiento propuesto.

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

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 se deshaga de 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:

_____ (Intérprete)

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

_____

_____ M.D. Fecha: _____ Hora: _____

_____ Testigo Fecha: _____ Hora: _____