



Leaders in Eye Care

www.eyecenteroftexas.com

6565 West Loop South Suite 650 Bellaire, Texas 77401 Ph. 713.797.1010 Fax.713.357.7276

4415 Crenshaw Rd. Pasadena, Texas 77504 Ph. 281.977.8800 Fax.281.977.8877

15400 Southwest Frwy Suite 301 Sugar Land, Texas 77478 Ph. 281.277.1010 Fax.281.277.4504

450 Medical Center Blvd. Suite 305 Webster, Texas 77598 Ph. 281.332.1397 Fax 281.338.1215

21700 Kingsland Blvd. Suite 102 Katy Medical Complex Professional Building 1 Katy, TX 77450 Ph. 713.797.1010 Fax.713.797.6200

Edward C. Wade, M. D. Christopher D. Allee, O. D. Ting Fang-Suarez, M. D. Jill Autry, O. D. Mark L. Mayo, M. D. Amanda Bachman, O. D. Randall N. Reichle, O. D. Julie Ngo, O. D.

SLT CONSENTIMIENTO DEL LASER

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO PARA LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS AL PACIENTE

Usted tiene el derecho, como paciente, de estar informado sobre su condicion y de las recomendaciones de procedimientos quirurgicos, medicos, y diagnosticos despues de haber aprendido de los riesgos y peligros implicados. El proposito de este formulario de autorizacion no es de proocuparlo o alarmarlo sino de mantenerlo informado para que usted pueda dar o retener su concentimiento para el procedimiento.

Yo(Nosotros) pido(pedimos) voluntariamente al Dr. \_\_\_\_\_ como mi medico, al igual que a sus asociados y aydantes tecnicos y otros proveedores de cuidado, como vea necesario tatar mi condicion que como me han explicado es:

GLAUCOMA del ojo \_\_\_\_\_

Yo(Nosotros) entiendo(entendemos) que el siguiente procedimiento quirurgico y los procedimientos medicos y/o diagnosticos se planean para mi y yo(nosotros) voluntariamente doy(damos) consentimiento voluntario y autorizo(autorizamos) estos procedimientos:

TRATAMIENTO DE LASER PARA GLAUCOMA del ojo \_\_\_\_\_

Yo(Nosotros) entiendo(entendemos) que no se ha hecho garantia para la curacion de mi glaucoma. Yo entiendo que debo de monitorear la precion de mi ojo regularmente para asegurar que mi glaucoma esta bajo control. No hay garantia de que en el futuro no necesite usar gotas para la glaucoma. Asi como hay riesgos y peligros si continuo con esta condicion sin tratamiento, igualmente hay riesgos y peligros relacionados con el procedimiento medico y/o procedimiento diagnostico que esta planeado para mi. Yo(Nosotros) tambien reconso(reconosemos) que los siguientes riesgos y peligros podrian ocurrir:

- Vision borrosa transitoria
• Irritacion e inflamacion ocular transitoria
• Aumento de precion intraocular
• Complicaciones que requieren tratamiento y/o cirugia adicional
• Empeoramiento de la glaucoma
• Dolor
• Perdida parcial o total de la vision

Yo(Nosotros) reconso(reconosemos) los riesgos de no proceder con el tratamiento, los procedimientos recomendados, y los riesgos y peligros envueltos. Siento que tengo(tenemos) la informacion suficiente y necesaria para dar este concentimiento. He(Hemos) leido el concentimiento y comprendo(comprendemos) su contenido.

Fecha : \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma de paciente o tutor legal

Testigo