



STEPHEN A. LANDERS, M.D.
 DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF OTOLARYNGOLOGY
 HEAD AND NECK SURGERY

PEDIATRIC AND ADULT
 EAR, NOSE & THROAT

**CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA
 MIRINGOTOMÍA LA COLOCACIÓN DEL TUBO**

Por la presente autorizo Stephen A. Landers, MD para tratar la condición siguiente (s):

INFECCIÓN O FLUIDO DE RECOGIDA DE LOS COMPARTIMENTOS OÍDO MEDIO DETRÁS DEL TÍMPANO

Los procedimientos previstos para el tratamiento de mi condición (s) han sido explicados por mi médico y se enumeran a continuación:

MIRINGOTOMÍA LA COLOCACIÓN DEL TUBO (INCISIÓN DEL TÍMPANO PARA PERMITIR EL DRENAJE DE LÍQUIDO Y LA COLOCACIÓN DE TUBO DE PLÁSTICO PEQUEÑAS PARA MANTENER EL FLUIDO DE ACORDÁNDOSE)

Información para el Paciente: miringotomía con o sin inserción de tubos de timpanostomía se realiza la operación de oído más comúnmente. Es extremadamente seguro y eficaz. Potenciales complicaciones son menores y por lo general en forma de infección, que pueden ser tratadas con antibióticos. El tubo generalmente permanece en el lugar de 6 a 12 meses, aunque puede ser rechazado antes o permanecer durante años. Op cuidado incluyendo el agua precauciones de correos están individualizadas y se discutirá por su médico. Ocasionalmente la membrana timpánica no se cura después de los tubos se han eliminado, y la perforación resultante puede requerir reparación quirúrgica. En algunos casos, tubos de timpanostomía puede necesitar ser reemplazada. Audiencia mejora inmediata de líquidos por lo general después se ha quitado de la oreja. El incumplimiento de mejorar la audición puede indicar un problema en el segundo o interior del oído medio.

Conocidos los efectos adversos potenciales incluyen:

TUBO PODRÍA CAER PREMATURAMENTE Y QUE REQUIERA PROCEDIMIENTOS ADICIONALES REPARACIÓN DE LAS COLECCIONES DE FLUIDO O INFECCIONES REPITA EL PROCEDIMIENTO REQUIEREN Y TRATAMIENTO NECESIDAD DE TRATAMIENTO ADICIONAL INFECCIÓN DEL OÍDO QUE REQUIEREN TRATAMIENTO LA TERAPIA ALTERNATIVA POSTERIORES PUEDEN INCLUIR: OBSERVACIÓN, MEDICOS TRATAMIENTO

Yo / Nosotros hemos tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi condición, formas alternativas de tratamiento, los riesgos no se recibe tratamiento, el procedimiento a utilizar, y yo / nosotros disponemos de información suficiente para dar este consentimiento informado.

Yo / nosotros certificamos que este formulario ha sido plenamente explicado a mí / nosotros, y yo / nosotros entendemos su contenido.

Yo / Nosotros entendemos cada esfuerzo será hecho para proporcionar un resultado positivo, pero no hay garantías.

Paciente/Tutor Legal _____ Fecha _____ Tiempo _____

Nombre (letra de molde) _____ Witness _____