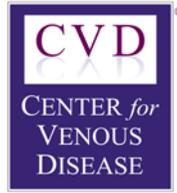


## Forma de Consentimiento del paciente Requerido por el Estado



El Centro de Enfermedad de Venas tiene una gran experiencia con la enfermedad de venas y nos esforzamos por proporcionar a nuestros pacientes con los resultados deseados. Sin embargo, hay problemas, preocupaciones, y riesgos asociados con cualquier procedimiento médico. Por consiguiente, una forma de consentimiento firmada por el paciente es necesaria para cualquier tratamiento en nuestros centros. Gracias!

### **Vinus Cierre Radio Frecuencia de Ablacion/ Vena Safena Mayor, Vena Safena Menor, Perforantes de la Vena**

#### **ClosureFast Vinus – Procedimiento de hoy**

Yo autorizo a Dr. \_\_\_\_\_ que cierra mi vena que tiene reflujo insuficiente usando endovenosa radiofrecuencia con obliteración técnica, también conocido como el procedimiento de Cierre Vinus. CVD utiliza el CierrePlus, CierreRápido, y RadioFrecuencia con Estilete. El doctor me explicó que el dispositivo usado para realizar este procedimiento es conocido como el Vinus Systema de Cierre; que es un producto disponible comercialmente usado especialmente para este propósito. Entiendo que los tratamientos alternativos para obliterar la función de la vena Safena incluyen litigos (trocando o amarrando la vena comensando con la ingle o atrás de la rodilla), extracción de la vena (jalando un segmento largo), o compresión de escleroterapia (inyectando un químico para ocluir la vena.) El doctor o doctores me han explicado que los síntomas comunes de venas varicosas, son pesadez y dolor después de estar parado(a) mucho tiempo surgen por malfuncionamiento de las válvulas en la vena safena (la vena mayor externa en el muslo y ternero (chamorro.) La presión incrementada en la vena safena es transmitida a mis venas varicosas. Satisfactoriamente el tratamiento de venas varicosas puede ser logrado con obliterar la vena safena. Aunque el cierre de la vena safena usando VNUS systema de cierre debe reducir la presión en mis venas varicosas y aliviar muchos de mis síntomas, yo entiendo que este consentimiento para VNUS para el tratamiento de cierre de mi vena safena no incluye eliminación verdadera de venas varicosas que podrían todavía ser visibles.

#### **REVELACION DE RIESGO-**

Por naturaleza general del procedimiento(os) para el tratamiento para la incompetencia de la vena se me ha explicado. Yo entiendo que entre los conocidos riesgos del procedimiento es fracaso de cerrar o encontrar el resultado deseado cosmético de la vena tratada. Inflamación de pierna, moretones, flebitis templada (dolor, ternura, rojez) encima de la vena tratada, entumecimiento, y sentir hormigueo en la área tratada y pequeñas abrasiones en la piel o ampollas que pueden ser tratadas con tratamientos adicionales. En adición, sangre, coágulos en venas o pulmones, embolia pulmonar, como resultado de coágulos sanguíneos, fangal en la piel, reacciones alérgicas, o recurrencia de venas varicosas pueden ocurrir. Estas complicaciones son raras en una oficina pero pueden ocurrir.

Estoy enterado que en adición con los riesgos especificados descritos arriba, hay otros riesgos que pueden ser acompañados con cualquier procedimiento de cirugía, como intra posterior pérdida de sangre, infección, y coágulo formado en el sistema venoso. También se me ha explicado que un ultrasonido debe ser hecho en mi vena tratada dentro de 72 horas después del procedimiento para descartar Trombosis de la Vena Profunda. Doctores no han garantizado cualquier resultado de cirugía o la libertad de las posibles complicaciones. He tenido suficiente oportunidad de discutir mi condición y propuesto tratamiento con mi

doctor. Y todas mis preguntas han sido contestadas para mi satisfaccion. Yo creo que tengo un conosimiento adecuado en lo cual es abazado una forma de consentimiento para tratamiento.

En adiccion, estoy de acuerdo en revelar en cualquier accion legal que he hecho en contra de cualquier proveedores de atencion medica, hospitales, centros de siujia, clinicas, laboratorios, etc.... el tratamiento de medico sin tener en cuenta cuando accion fue tomada o cuando ocurrio. Ademas entiendo que me voy ha ir de la instalacion despues de tratamiento(os) con una media de comprension o compresion de plastico encima de la area tratada. Esta envoltura debe ser removida por mi en 24 horas o debe permanecer puesta como el doctor directe. Un ultrasonido Post- procedimiento debe ser hecho dentro de 72 horas despues de tratamiento o hasta 5 dias. Medias de compresion deben permanecer puestas por 2 semanas despues de procedimiento o como sea directado. Sus instrucciones van a ser discutidas con usted y usted va a recibir instrucciones escritas. Estas recomendaciones deben ser seguidas.

De vez en cuando, se pueden presentar otros observadores de personal médico. Usted tiene el derecho a rechazar la observación de visitante. Se hará todo lo posible para proteger su privacidad por la CVD dictadas por las normas de privacidad HIPAA.

Nombre del Paciente (en letra de molde) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo M.A.

He informado al paciente de las opciones de tratamiento disponibles para el tratamiento de la enfermedad venosa y de los potenciales riesgos de procedimiento, complicaciones y resultados que se produzcan como resultado de ello.

\_\_\_\_\_  
Firma del Doctor

\_\_\_\_\_  
Fecha