



DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA ONCOLÓGICA

**CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA DE RADIACIÓN PARA EL ÁREA MAMARIA EXCLUSIVAMENTE
(CONSENT FOR RADIATION THERAPY TO THE BREAST ONLY)**

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE: _____ MR#: _____
(Nombre en imprenta)

Por la presente autorizo al Dr. _____ para administrar tratamiento de radiación oncológica a mi:

Mama izquierda

Mama derecha

El/La paciente que suscribe reconoce que se le ha dado información suficiente para tomar una decisión informada a fin de consentir el Tratamiento de radiación y las actividades de simulación/planificación asociadas al tratamiento. Específicamente, se le ha informado a la persona que suscribe sobre los potenciales beneficios, riesgos y alternativas al Tratamiento de radiación y las consecuencias que tendría si no se le administrara el Tratamiento de radiación.

Entiendo que el Tratamiento de radiación se aplicará en el sitio indicado arriba, y además entiendo que mi médico continuará ese Tratamiento de radiación mientras considere que tiene indicación médica. El beneficio potencial de este Tratamiento de radiación es que puede disminuir significativamente el riesgo de recurrencia del tumor en la región de tratamiento y/o aliviar los síntomas molestos tal como se analizó.

Reconozco que se me ha informado y entiendo que el Tratamiento de radiación puede causar una serie de efectos secundarios serios listados al dorso de este formulario. Aunque la probabilidad de que ocurran no es elevada, tomaremos las precauciones necesarias para evitar o minimizar su aparición. Entiendo, sin embargo, que a pesar de todas las precauciones tomadas, aún es posible que ocurran éstas y otras complicaciones inesperadas.

En conexión con el Tratamiento de radiación, autorizo que me marquen la piel con pequeñas marcas permanentes para ayudar a localizar el área del cuerpo que me tratarán.

Después de haber leído este formulario y hablado con mis médicos, entiendo los beneficios potenciales y los riesgos del Tratamiento de radiación. También entiendo que los tipos razonables de tratamiento alternativo podrían incluir quimioterapia, cirugía o ningún tratamiento. No se me han dado garantías ni hecho promesas con respecto al resultado del Tratamiento de radiación.

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.

Consiento que me realicen la simulación/planificación de radiación y los tratamientos antes descritos administrados bajo la dirección de mi oncólogo de radiación de cabecera, que puede ser asistido por otros médicos, personal de enfermería y técnicos afiliados al Hospital.

SÓLO PARA MUJERES: _____ (iniciales)

No estoy embarazada ahora y no tengo motivo para sospechar que estoy embarazada.

Entiendo que existe un riesgo potencial para el feto si quedo embarazada durante el tratamiento.

Iniciales del/de la paciente: _____



**POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA DE RADIACIÓN
PARA EL ÁREA MAMARIA EXCLUSIVAMENTE**

Entiendo que cualquier tratamiento puede incluir efectos secundarios así como el riesgo de complicaciones más graves. Me han explicado que cada paciente reacciona de forma diferente al tratamiento y que puedo experimentar ninguna, alguna o todas estas reacciones en distintos grados de intensidad. Además entiendo que si se administran otros tipos de tratamiento junto con la terapia de radiación, algunas de las reacciones pueden ser mayores o más frecuentes que si la terapia de radiación se administrara por sí sola.

Las reacciones pueden incluir lo siguiente, pero no necesariamente se limitan a:

Reacciones durante la terapia de radiación

Comunes:

- Enrojecimiento e irritación de la piel del área tratada
- Oscurecimiento de la piel en el área tratada
- Cansancio
- Molestias y dolores ocasionales en la mama
- Caída temporal del vello axilar
- Ampollas en pequeñas regiones de la piel del área tratada
- Inflamación leve de la mama

Poco comunes: ocurren en 1-5% de las personas tratadas

- Ampollas o descamación en extensas regiones de la piel del área tratada
- Disminución en el recuento de células sanguíneas

Reacciones a largo plazo

Comunes:

- Molestia y sensibilidad ocasional del área tratada
- Leve aumento de la firmeza de la mama tratada
- Inflamación leve de la mama tratada
- Retracción menor de la mama tratada
- Palidez de la areola, cambio en el color de la piel
- Cicatrización de una pequeña porción de pulmón justo por debajo de la pared torácica (esto rara vez causa síntomas)

Poco comunes: ocurren en 1-5% de las personas tratadas

- Aumento significativo de la firmeza de la mama tratada

Raros: ocurren en menos de 15 de las personas tratadas

- Fractura de costillas en el área tratada
- Aumento de la inflamación del brazo
- Retracción significativa de la mama tratada
- Inflamación pulmonar
- Daño a los nervios del brazo
- Inflamación del endocardio (sólo si se trata la mama izquierda)
- Cáncer del área tratada causado por radiación

Se me han explicado las posibles reacciones y los efectos secundarios al tratamiento. Me respondieron las preguntas.

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

Oncólogo de radiación

Fecha: _____ Hora: _____

Paciente o representante legalmente autorizado

Fecha: _____ Hora: _____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

Intérprete

Fecha: _____ Hora: _____

EL/LA PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA FOTOGRAFÍA (☐) PORQUE: _____

Médico

Testigo

Fecha: _____ Hora: _____

Fecha: _____ Hora: _____