Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA DE RADIACIÓN PARA EL CEREBRO
(Consent for Radiation Therapy-Brain)

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

Sitio propuesto para tratamiento de radiación oncológica:_____

El/La paciente que subscribe 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:_____

HH Forms 577152 N11/10 Printed by the Digital Print Center @ HH

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO DE TERAPIA DE RADIACIÓN PARA EL CEREBRO

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:

- Cansancio
- Enrojecimiento e irritación de la piel en el área tratada
- Pérdida temporal del cabello
- Pérdida temporal de la audición

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

- Empeoramiento de la enfermedad neurológica presente que incluye dificultades de concentración o memoria

Raros: ocurren en menos del 1% de las personas tratadas

- Hemorragia cerebral
- Inflamación cerebral
- Muerte

Reacciones a largo plazo

Comunes:

- Somnolencia

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

- Pérdida permanente del cabello
- Dificultades de concentración o memoria
- Deterioro neurológico relacionado con lesión al áreaque recibió una dosis elevada

Raros: ocurren en menos del 1% de las personas tratadas

- Destrucción de hueso, cartílago o tejido cerebral
- Ceguera
- Formación de cataratas
- Sordera
- Parálisis
- Cáncer en el área tratado causado por la radiación
- Ulceración dolorosa e infección en el área tratada

Se me han explicado las posibles reacciones y los efectos secundarios al tratamiento. Me respondieron las preguntas. Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Oncólogo de radiación

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Paciente o representante legalmente autorizado

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Intérprete

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

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Médico

_____ Fecha: _____ Hora: _____
Testigo