

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA RADIOTERAPIA

*Como paciente, usted tiene el derecho a que se le informe sobre su condición y el procedimiento de radioterapia que se recomienda utilizar para tratar su condición. Esta divulgación de información no tiene como propósito el alarmarle; sin embargo, hay ciertos riesgos que son asociados con la radioterapia. Esta explicación tiene el propósito de informarle sobre esos riesgos para que usted pueda dar o denegar su consentimiento al procedimiento recomendado de una base informada. Favor de revisar cuidadosamente lo siguiente, y si usted elige seguir con este tratamiento, firme este consentimiento en el espacio de abajo:*

Yo (nosotros), por este medio, voluntariamente solicito (solicitamos) y autorizo (autorizamos) al (a la) Dr(a). \_\_\_\_\_ como mi médico, y tales socios, técnicos, y los proveedores de atención de salud como ellos estimen necesario, que traten mi condición, la cual se me (se nos) ha explicado como: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que mi condición podría ser tratada con la radioterapia externa solamente, con la braquiterapia (radiación interna) solamente o con las dos, o en una combinación planificada con cirugía y / o quimioterapia.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que el (los) siguiente(s) procedimiento(s) radiológico(s) son planificados para mí, y doy (damos) el consentimiento para y autorizo (autorizamos) este (estos) procedimiento(s) (especifique la técnica y el sitio): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adicionalmente, yo autorizo (nosotros autorizamos) el tomar de fotografías o el poner tatuajes o marcas en la piel que sea necesario para tratamiento.

**TODAS LAS HEMBRAS TIENEN QUE COMPLETAR:** Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que la radiación puede ser dañina al bebé aún no nacido.

Yo estoy     Es posible que yo esté     Yo no estoy        embarazada.

Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que podría haber efectos secundarios o complicaciones de la radioterapia durante o poco después del curso de tratamiento (“reacciones precoces”), o a cierto tiempo después (“reacciones tardías”). Cualquiera de los efectos secundarios o las complicaciones podrían ser transitorios o permanentes.

Estas reacciones podrían empeorarse por quimioterapia o cirugía antes, durante, o después de la radioterapia, o por radioterapia previa en la misma área. Las reacciones precoces y tardías que podrían ocurrir como resultado del (de los) procedimiento(s) están listadas más abajo. Con pocas excepciones, estas reacciones afectan solamente las áreas realmente sometidas a la radioterapia.

(Ponga aquí lista(s) de la(s) region(es) específica(s) que será(n) sometida(s) a la radioterapia. Se puede utilizar un solo formulario para regiones múltiples, o se puede usar un formulario separado para cada región diferente.)

La naturaleza y el objetivo del procedimiento propuesto, los métodos alternativos de tratamiento, y los riesgos y peligros si el tratamiento es retenido me (nos) han sido explicados por mi médico. Yo he (nosotros hemos) tenido la oportunidad de discutir estos asuntos con mi médico y de hacer preguntas sobre mi condición, los métodos alternativos de tratamiento, y el (los) procedimiento(s) propuesto(s). Yo entiendo y acepto (nosotros entendemos y aceptamos) que ninguna seguridad ni garantía se me (se nos) ha dado con relación al resultado o a la cura.

**FIRMA DEL PACIENTE / OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (firma requerida)**

---

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_ **A.M./P.M**

**TESTIGO:**

---

**Firma**

---

**Nombre (letra de molde)**

---

**Dirección (Calle o Apartado Postal)**

---

**Ciudad, Estado, Código Postal**