

**Figure: 25 TAC §604.2(2)**

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO  
PARA RECIBIR RADIOTERAPIA**

**AL PACIENTE: Usted tiene el derecho a ser informado sobre 1) su enfermedad, 2) el procedimiento de radioterapia recomendado para tratar su enfermedad y 3) los riesgos relacionados con el procedimiento de radioterapia. La información que aquí presentamos tiene como fin que usted pueda tomar la decisión de dar o no su consentimiento para recibir esta atención o procedimiento médicos. Antes de firmar este formulario, le recomendamos que consulte con su médico o proveedor**

**Descripción de los procedimientos de radioterapia**

De manera voluntaria, solicito a mi médico o proveedor de atención médica [nombre/acreditaciones] \_\_\_\_\_, así como a otros proveedores de atención médica, que den tratamiento a mi enfermedad que es:

---

---

---

Entiendo que se han planeado para mí los siguientes procedimientos de radioterapia (especifique la técnica y el lugar):

---

---

---

Entiendo que mi enfermedad puede ser tratada solo con radioterapia externa, solo con implante, de radiación interna o con ambas, o en combinación con una cirugía o quimioterapia.

Estoy de acuerdo con la toma de fotografías o la colocación de tatuajes o marcas en mi piel si es necesario para el tratamiento.

---

## **Riesgos relacionados con el procedimiento de radioterapia**

Al igual que puede haber riesgos y peligros para mi salud si no recibo ningún tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con el tratamiento o procedimiento que se tiene planeado realizarme. Las probabilidades de que algo de lo anterior ocurra varían en cada persona, ya que dependen de la atención médica o procedimiento y del estado de salud actual del paciente.

### **PONER SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:**

Entiendo que la radiación puede ser perjudicial para el bebé en desarrollo.

Estoy       Podría estar       No estoy embarazada.

### **INICIALES SI CORRESPONDE:**

**TENGO UN DISPOSITIVO ELECTRÓNICO IMPLANTADO** (como un marcapasos, un desfibrilador o un estimulador neural). Entiendo que la radiación aplicada al dispositivo puede causar un mal funcionamiento del mismo.

---

Entiendo que los riesgos de la radioterapia pueden ocurrir durante el tratamiento o poco después (reacciones tempranas) o algún tiempo después (reacciones tardías). Los riesgos pueden ser temporales o permanentes.

Estos riesgos pueden empeorar si usted ha recibido quimioterapia o cirugía antes, durante o después de la radioterapia o si ha recibido radioterapia anteriormente en la misma área. A continuación, se enumeran los riesgos de las reacciones tempranas y tardías que podrían producirse como consecuencia del procedimiento o procedimientos. Con pocas excepciones, estas reacciones solo afectan a las áreas del cuerpo que realmente reciben la radioterapia.

Los riesgos para esta parte específica del cuerpo que recibe radioterapia, que se dividen en reacciones tempranas y tardías, incluyen, entre otros **[incluya aquí los riesgos de la Lista A y los riesgos adicionales si los hay]**:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## **Dar consentimiento para el procedimiento de radioterapia**

Mediante mi firma más abajo, doy mi consentimiento para que se me realicen los procedimientos de radioterapia descritos anteriormente. Reconozco lo siguiente:

- Entiendo que estos procedimientos médicos no garantizan la conclusión o la curación de mi enfermedad.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar mis posibles dudas sobre:
  1. Tratamientos alternativos
  2. Los riesgos de no recibir ningún tratamiento.
  3. Los pasos que se darán durante los procedimientos médicos o quirúrgicos a los que me someta, y
  4. Los riesgos y peligros que conllevan los procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Considero que he recibido suficiente información para dar este consentimiento informado.
- Certifico que se me ha explicado completamente el contenido de este formulario y que sus espacios en blanco han sido llenados.
- He leído este formulario o alguien me lo ha leído.
- Entiendo la información contenida en este formulario.

Si alguna de las declaraciones anteriores no es aplicable a usted, comuníquese con su médico o proveedor de atención médica antes de continuar.

---

**EL PACIENTE/OTRO REPRESENTANTE AUTORIZADO (la firma es obligatoria)**

---

Nombre en letra de molde

Firma

Si usted es el representante legalmente autorizado, indique cuál es su relación con el paciente:

---

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

**TESTIGO:**

---

Nombre en letra de molde

Firma

---

**Dirección (calle y número o apartado postal)**

---

**Ciudad, estado y código postal**