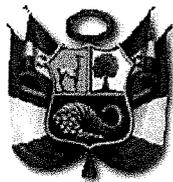


REPUBLICA DEL PERU



RESOLUCIÓN JEFATURAL

Surquillo, 21 de JULIO de 2022

VISTOS:

El Memorando N° 000288-2022-DRT-DIRAD/INEN, del Departamento de Radioterapia, el Informe N° 000311-2022-DNCC-DICON/INEN del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el Memorando N° 000009-2022-CHC/INEN, del Comité de Historias Clínicas y el Informe N° 001043-2022-OAJ/INEN, de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

CONSIDERANDO:

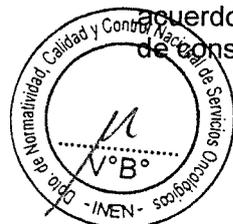
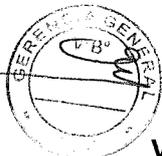
Que a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones de sus diferentes Órganos y Unidades Orgánicas;

Que, la Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”, modificada por la Resolución Ministerial N° 265-2018/MINSA, en la cual se establece, entre otros, lo siguiente: 5.2.2. Formatos Especiales Representan el resto de los formatos no consignados dentro de la categoría de básicos, como los de Identificación/Filiación, solicitud de exámenes auxiliares, interconsulta, anatomía patológica, consentimiento informado, de referencia y de contrarreferencia, de seguros: SIS y SOAT, u otros; Entre estos formatos tenemos: (...) 16) Formato de Consentimiento Informado. En el caso de tratamientos especiales, nuevas modalidades de atención, práctica de procedimiento o intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, y la participación del paciente en actividades de docencia, debe realizarse y registrarse el consentimiento informado, para lo cual se utiliza un formato establecido de acuerdo con la normatividad vigente;

Que, con el Memorando N° 000288-2022-DRT-DIRAD/INEN, el Departamento de Radioterapia, comunica que se ha realizado la revisión de los diez consentimientos informados, conjuntamente con el Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, el cual emite, el Informe N° 000311-2022-DNCC-DICON/INEN, indicando que habiéndose, identificando que los formatos de consentimientos informados, cumplen con la NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica” y de acuerdo a los procedimientos del Departamento de Radioterapia, considerándolos adecuados para su aprobación;

Que, con el Memorando N° 000009-2022-CHC/INEN, el Comité de Historias Clínicas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, comunica que en cumplimiento a sus funciones y de acuerdo a la sesión ordinaria, de fecha 29 de mayo del año en curso, acordó, aprobar los formatos de consentimientos informados;



Que, de la revisión efectuada a los formatos de consentimientos Informados del Departamento de Radioterapia, citados precedentemente, se aprecia que cumplen con lo dispuesto en la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica (NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN);

Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional; Gerencia General; Dirección de Control del Cáncer; Dirección General de Radioterapia; Departamento de Radioterapia; Departamento de Normatividad Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos; Comité de Historia Clínicas y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas;

En uso de las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA, y de conformidad con la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

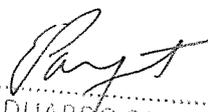
SE RESUELVE:

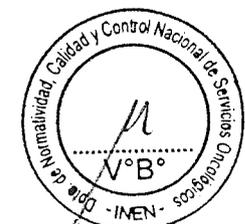
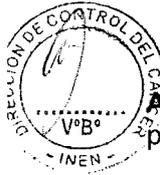
ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar los formatos de consentimientos informados del Departamento de Radioterapia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, los mismos en anexo forman parte integrante de la presente resolución, constituidos por los siguientes:

- Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento Braquiterapia Ginecológica Intracavitaria.
- Consentimiento Informado para la Realización del Procedimiento Braquiterapia de Próstata.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Teleterapia en Mama.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Teleterapia en Cavidad Craneana.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Teleterapia en Abdomen Superior.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Teleterapia en Abdomen Inferior.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Teleterapia en Región Craneoaxial.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Radioterapia Intraoperatoria en Mama.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Braquiterapia de Ano.
- Consentimiento Informado para el Procedimiento Radiocirugía en el Cerebro.

ARTÍCULO SEGUNDO. - Encargar a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General, la publicación de la presente resolución en la página web Institucional.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE


Dr. EDUARDO PAYET MEZA
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA INTRACAVITARIA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: consiste en utilizar dosis altas de radiación muy localizada en la lesión tumoral residual y cavidad vaginal y cavidad uterina o lecho quirúrgico, mediante aplicadores colocados por tiempos cortos. De ser necesario, dependiendo de la tolerancia al dolor y de su cuadro clínico será necesario aplicarle un analgésico previo al procedimiento o incluso sedación, la cual estará a cargo de un médico anestesiólogo, quién le informará al respecto.

El procedimiento de braquiterapia se puede realizar como tratamiento:

- Aduvante: cuando se indica posterior a la teleterapia concurrente con quimioterapia
• Radical: cuando se aplica como tratamiento único en lesiones tempranas, en casos seleccionados

Objetivo: Destrucción de las células tumorales, control de la enfermedad local y mejorar la calidad de vida del paciente.

Alternativas: No hay alternativas

Consecuencias de realizar el procedimiento: Control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente

Consecuencias de NO realizar el procedimiento: De no recibir tratamiento con braquiterapia existe un riesgo mayor que la enfermedad progrese, con mayor morbi-mortalidad relacionada a la neoplasia y sus complicaciones.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos.

Riesgos agudos:

- Frecuentes: Intestinales (inflamación, dolor abdominal, diarrea), Recto y ano (inflamación, dolor, espasmos, sangrado, necesidad de defecar frecuente y urgente), Vejiga (inflamación, dolor, espasmos, sangrado, necesidad de orinar frecuente y urgente), Genitales (Flujo vaginal, prurito, dolor, inflamación, sangrado). Estas reacciones pueden verse incrementadas si se asocia radioterapia externa pélvica y/o quimioterapia.
• Muy raro: perforación uterina con posibilidad de lesión no solo del útero, sino también de estructuras vecinas (vejiga, intestino)

Riesgos tardíos:

- Raro o poco frecuente: Intestinales(estenosis y adherencias intestinales con obstrucción, ulceración y sangrado), Vejiga (inflamación crónica, disminución de la capacidad y aumento de la frecuencia urinaria), Genitales (sequedad, estenosis vaginal, dolor, sangrado), Posibilidad de comunicación (fistula) entre vejiga y/o recto y/o vagina,

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar: Analgesia según el caso.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
• Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
• Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico.
• Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (). Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA INTRACAVITARIA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA:/...../..... HORA:



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de BRAQUITERAPIA GINECOLOGICA INTRACAVITARIA y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA:/...../..... HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO BRAQUITERAPIA DE PROSTATA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: consiste en utilizar dosis altas de radiación muy localizada en la prostata, mediante aplicadores intersticiales (agujas) colocados por tiempos cortos. Sera necesario aplicar sedación, la cual estará a cargo de un médico anestesiólogo, quién le informará al respecto.

El procedimiento de braquiterapia se puede realizar como tratamiento:

- Refuerzo: cuando se indica posterior a la teleterapia.
- Radical: como opción única de tratamiento en lesiones pequeñas y muy tempranas

Objetivo: Destrucción de las células tumorales, control de la enfermedad local y mejorar la calidad de vida del paciente.

Alternativas: Uso de radioterapia externa, en casos seleccionados manejo quirurgico.

Consecuencias de realizar el procedimiento: Control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida del paciente

Consecuencias de NO realizar el procedimiento: De no recibir tratamiento con braquiterapia existe un riesgo mayor que la enfermedad progrese, con mayor morbi-mortalidad relacionada a la neoplasia y sus complicaciones, salvo la elección del tratamiento equivalente con radioterapia externa o cirugía según el caso.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos.

Riesgos agudos:

- Frecuentes: Intestinales (diarrea, deseo frecuente de defecar, defecación dolorosa, sangrado moderado por el ano, expulsión de mucosidad), afectación del aparato genital-urinario (Incontinencia Urinaria, La imposibilidad para vaciar la vejiga de modo adecuado puede requerir colocar una sonda vesical)
- Muy raros: perforación con posibilidad de lesión de estructuras vecinas (vejiga, intestino).

Riesgos tardíos:

- Raro o poco frecuente: Estenosis de uretra ,persistencia de molestias al orinar que pueden llegar a precisar cirugía desobstructiva, Trastornos de la erección
- Muy raro: hemorragia, infección, reacciones alérgicas o efectos indeseables, de intensidad variable, asociados a los medicamentos que se considere preciso administrarle, pueden producirse fistulas rectales de forma excepcional.

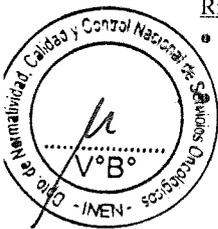
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar: Sedación a cargo del anestesiólogo, quien le informara al respecto.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico.
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (). Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

BRAQUITERAPIA DE PROSTATA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de BRAQUITERAPIA DE PROSTATA y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TELETERAPIA EN MAMA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: Consiste en utilizar radiación de manera localizada a la glándula mamaria después de la cirugía de conservación, mama tumoral y/o lecho quirúrgico y áreas ganglionares con riesgo de diseminación de enfermedad, para producir la muerte de las células tumorales. Puede ser usado como tratamiento complementario a la cirugía posterior a la quimioterapia, usando la radiación para disminuir el riesgo de recurrencia o extensión de enfermedad a tejidos adyacentes (vecinos).

Este procedimiento se puede realizar como tratamiento:

- **Neoadyuvante:** cuando el tratamiento se indica previo a la cirugía con el objetivo de reducir el tamaño tumoral para permitir la extirpación del tumor.
- **Adyuvante:** cuando el tratamiento se indica después de realizada la cirugía con la finalidad de mejorar el control de la enfermedad a nivel loco regional.
- **Radical:** cuando el tratamiento quirúrgico no es posible o el paciente se opone al tratamiento quirúrgico, con la intención de controlar la enfermedad loco regional.
- **Paliativo:** Se administra la radioterapia con la finalidad de aliviar los síntomas presentes por la lesión tumoral o de localización metastásica.

Objetivo:

- **Destrucción de las células tumorales produciendo la reducción progresiva de la tumoración en la mama.**
- **Evitar el riesgo** de recurrencia del tumor en el lecho mamario después de la cirugía tanto de conservación como después de la mastectomía.

Alternativas: No hay alternativas

Consecuencias de realizar el procedimiento: Controlar la enfermedad loco regional, aminorar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente. Disminuir el riesgo de recurrencia o extensión de enfermedad a tejidos adyacentes.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento: Progresión de enfermedad, alteración de la calidad de su vida, mayor morbi-mortalidad relacionada al tumor y sus complicaciones, limitación funcional para realizar las actividades básicas.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos o crónicos. En caso de presentarse alguno de estos riesgos, lo atenderá el médico especialista oportunamente.

Riesgos agudos:

- Frecuentes: Radiodermatitis grado 1 (enrojecimiento de la piel), Radiodermatitis grado 2 (enrojecimiento de la piel y descamación), oscurecimiento transitorio de la piel en la zona tratada, sensación de cansancio.
- Poco frecuentes: Radiodermatitis grado 3 (enrojecimiento de la piel, descamación húmeda y úlcera), dolor para deglutir los alimentos.

Riesgos tardíos:

- Frecuentes: engrosamiento y endurecimiento de la piel en la zona tratada, asimetría mamaria.
- Raros o poco frecuentes: Fibrosis pulmonar, afectación de los nervios del hombro que podría producir limitación del movimiento del brazo, enfermedad cardiaca por radiación, Fractura costal, Celulitis en mama o brazo, aumento de volumen en la mama y/o el brazo del lado tratado, inflamación pulmonar.

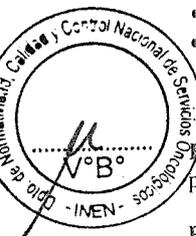
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar: No se utiliza ningún elemento farmacológico para este procedimiento.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico.
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este 67520 - Surquillo, Lima - 34 Telf.: 201-6500 Web: www.inen.sld.pe E-mail: mesadepartesvirtual@inen.sld.pe



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TELETERAPIA EN MAMA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ... en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

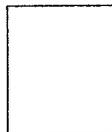
TELETERAPIA EN MAMA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERU

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TELETERAPIA EN CAVIDAD CRANEANA

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: Consiste en utilizar radiación al cerebro de manera localizada a la tumoración demostrada por imágenes (RMN y TEM), lecho quirúrgico y áreas con riesgo de diseminación de enfermedad o en todo el cerebro, para producir la muerte de las células tumorales, dependiendo del tipo histológico de la tumoración y su historia natural de enfermedad. Puede ser usado como tratamiento complementario a la cirugía y/o quimioterapia.

Este procedimiento se puede realizar como tratamiento:

- **Adyuvante:** cuando el tratamiento se indica después de realizada la cirugía con la finalidad de mejorar el control de la enfermedad.
- **Radical:** cuando la lesión tumoral no se puede extirpar mediante cirugía o tiene riesgos de morbilidad así mismo si el paciente se opone al tratamiento quirúrgico.
- **Paliativo:** Se administra la radioterapia con la finalidad de aliviar los síntomas presentes por la lesión tumoral o de localización metastásica.

Objetivo:

- Destrucción de las células tumorales produciendo la reducción progresiva de la tumoración.
- Evitar el riesgo de recurrencia del tumor en el lecho operatorio después de la cirugía

Alternativas: no hay alternativas

Consecuencias de realizar el procedimiento: Control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Consecuencias de no realizar el procedimiento: Crecimiento del tumor y complicaciones, aumento del dolor, sangrado tumoral, alteración de la calidad de vida, y/o severa limitación funcional, mayor morbi-mortalidad.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos.

Riesgo agudo:

- **Frecuentes:** Radiodermatitis grado 1 (enrojecimiento de la piel), Radiodermatitis grado 2 (enrojecimiento de la piel y descamación), dolor de cabeza, náuseas, sensación de cansancio, somnolencia, pérdida de cabello forma parcial o total dependiendo de la extensión de la radiación.
- **Raro o poco Frecuentes:** Radiodermatitis grado 3 (enrojecimiento de la piel, descamación húmeda y úlcera), vómitos, aumento de la presión dentro del cráneo, pérdida parcial o total definitiva del cabello.

Riesgo tardío:

- **Poco frecuentes:** Cataratas con disminución de la agudeza visual, retinopatía, neuropatía óptica, pérdida de audición por daño al oído medio/oído interno, alteración en la función de la hipófisis, pérdida del olfato, pérdida del gusto, disminución del volumen de la masa cerebral, disminución de la capacidad intelectual y memoria.
- **Rara presentación:** radionecrosis

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Según el caso se indica corticoides (dexametasona):

Agudas: malestar estomacal, irritación del estómago, vómitos, dolor de cabeza, mareos, insomnio, agitación, depresión, ansiedad, acné, aumento del crecimiento del pelo, facilidad para desarrollar moretones, menstruaciones irregulares o ausentes, aumento del apetito.

Crónicos: osteoporosis, glaucoma, catarata, pérdida de la memoria, psicosis, aumento de peso, aumento de volumen de la cara, obesidad de la parte superior del cuerpo, hiperglucemia, pancreatitis, hígado graso, hipertensión, debilidad muscular.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:





PERÚ

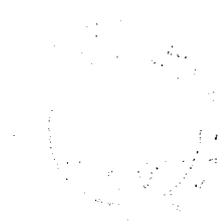
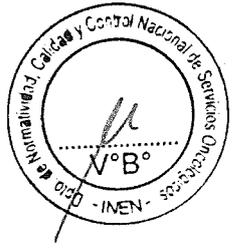
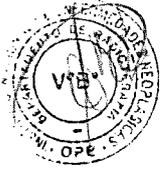
Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



- Comuníquese en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico debido a que podría.
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente:, con número de Historia Clínica N°, con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TELETERAPIA EN CAVIDAD CRANEANA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: HORA:



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:



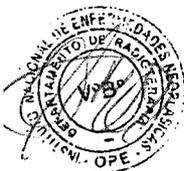
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

TELETERAPIA EN CAVIDAD CRANEANA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: HORA:



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

X





PERU

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TELETERAPIA EN ABDOMEN SUPERIOR

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: Consiste en utilizar radiación de manera localizada a la tumoración primaria y/o lecho quirúrgico y áreas ganglionares con riesgo de diseminación de enfermedad, para producir la muerte de las células tumorales. También puede ser usado como tratamiento complementario a la cirugía con o sin quimioterapia usando la radiación para disminuir el riesgo de recurrencia o extensión de enfermedad a tejidos adyacentes (vecinos).

Este procedimiento se puede realizar como tratamiento:

- Neoadyuvante: cuando el tratamiento se indica previo a la cirugía con el objetivo de reducir el tamaño tumoral para permitir la extirpación del tumor.
- Adyuvante: cuando el tratamiento se indica después de realizada la cirugía con la finalidad de mejorar el control de la enfermedad a nivel loco regional.
- Radical: cuando el tratamiento quirúrgico no es posible o el paciente se opone al tratamiento quirúrgico, con la intención de controlar la enfermedad loco regional.
- Paliativo: Se administra la radioterapia con la finalidad de aliviar los síntomas presentes por la lesión tumoral o de localización metastásica.

Objetivo:

- Destrucción de las células tumorales produciendo la reducción progresiva de la tumoración.
- Evitar el riesgo de recurrencia del tumor en el lecho del tumor o tejidos vecinos

Alternativas: No hay alternativas

Consecuencias de realizar el procedimiento: Control loco-regional de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Consecuencias de no realizar el procedimiento: Progresión de enfermedad, recurrencia, sangrado y dolor, limitación funcional para realizar las actividades básicas alteración de la calidad de vida del paciente.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos. En caso de presentarse alguno de estos riesgos, lo atenderá el médico especialista oportunamente.

Riesgos agudos:

- Frecuentes: Radiodermatitis grado 1 (enrojecimiento de la piel), Astenia. - sensación de cansancio, Vómitos, Dolor Abdominal, Gastritis, indigestión.
- Raros o poco Frecuentes: Radiodermatitis grado 2 (enrojecimiento de la piel y descamación), Radiodermatitis grado 3 (enrojecimiento de la piel, descamación húmeda y úlcera)

Riesgos tardíos:

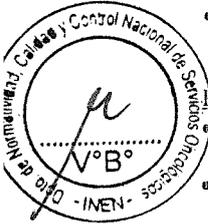
- Frecuentes: oscurecimiento transitorio de la piel en la zona tratada, engrosamiento y/o endurecimiento de la piel en la zona tratada
- Raros o poco Frecuentes: coloración oscura de las deposiciones, Obstrucción intestinal, lesión en el tubo esofágico que permite la comunicación del contenido del tubo esofágico con las estructuras adyacentes, Síndrome de malabsorción intestinal

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar: no se utiliza ningún elemento farmacológico para este procedimiento.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
 - Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
 - Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico.
 - Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.
- Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva.



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este 2520 - Surquillo, Lima - 34

Telf.: 201-6500

Web: www.inen.sld.pe

E-mail: mesadepartevirtual@inen.sld.pe



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TELETERAPIA EN ABDOMEN SUPERIOR

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

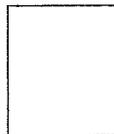
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

TELETERAPIA EN ABDOMEN SUPERIOR

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

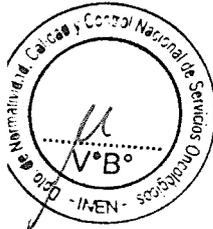
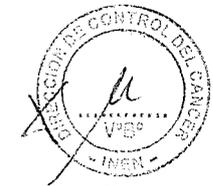
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector
Salud

Instituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TELETERAPIA EN ABDOMEN INFERIOR

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento:

Consiste en utilizar radiación de manera localizada en la tumoración, lecho quirúrgico y áreas ganglionares con riesgo de diseminación de enfermedad, para producir la muerte de las células tumorales. Puede ser usado como tratamiento complementario a la cirugía con o sin quimioterapia usando la radiación para disminuir el riesgo de recurrencia o extensión de enfermedad a tejidos adyacentes (vecinos).

Este procedimiento se puede realizar como tratamiento:

- Neoadyuvante: cuando el tratamiento se indica previo a la cirugía con el objetivo de reducir el tamaño tumoral para permitir la extirpación del tumor.
- Adyuvante: cuando el tratamiento se indica después de realizada la cirugía con la finalidad de mejorar el control de la enfermedad a nivel loco regional.
- Radical: cuando el tratamiento quirúrgico no es posible o el paciente se opone al tratamiento quirúrgico, con la intención de controlar la enfermedad loco regional.
- Paliativo: Se administra la radioterapia con la finalidad de aliviar los síntomas presentes por la lesión tumoral o de localización metastásica.

Objetivo:

- Destrucción de las células tumorales produciendo la reducción progresiva de la tumoración.
- Evitar el riesgo de recurrencia del tumor en el lecho tumoral o tejidos vecinos después de la cirugía

Alternativas: No hay alternativas

Consecuencias de realizar el procedimiento: Controlar o eliminar la enfermedad loco regional, disminuir y/o hacer desaparecer los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente. Disminuir el riesgo de recurrencia o extensión de enfermedad a tejidos adyacentes después de la cirugía.

Consecuencias de no realizar el procedimiento: Progresión de enfermedad, alteración de la calidad de su vida, mayor morbi-mortalidad relacionada al tumor y sus complicaciones, limitación funcional para realizar las actividades básicas.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos. En caso de presentarse alguno de estos riesgos, lo atenderá el médico especialista oportunamente.

Riesgos agudos:

- Frecuentes: Radiodermatitis grado 1 (enrojecimiento de la piel), Radiodermatitis grado 2 (enrojecimiento de la piel y descamación), sensación de cansancio, ardor al orinar, sensación de necesidad de defecar, diarrea, aumento del número de veces de orinar en escaso volumen, sensación de orinar de manera urgente, aumento de número de veces de orinar por la noche, infertilidad/ esterilidad.
- Raros o poco frecuentes: Radiodermatitis grado 3 (enrojecimiento de la piel, descamación húmeda y úlcera), dolor abdominal, incontinencia urinaria (escape de orina), sangre en la orina.

Riesgos tardíos:

- Frecuentes: Oscurecimiento de la piel en la zona tratada, engrosamiento y/o endurecimiento de la piel en la zona tratada, disfunción eréctil.
- Poco frecuentes: sangrado por el recto, sangrado al orinar, incontinencia fecal (escape de heces por el ano).

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar: No se utiliza ningún elemento farmacológico para este procedimiento.

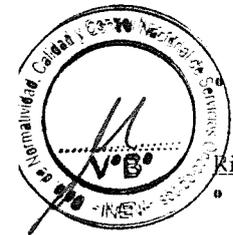
Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico.
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento. Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Av. Angamos Este 2520 - Surquillo, Lima - 34 Telf.: 201-6500 Web: www.inen.sld.pe E-mail: mesadepartevirtual@inen.sld.pe





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ...

Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ... me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TELETERAPIA EN ABDOMEN INFERIOR

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización. los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

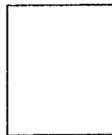
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

TELETERAPIA EN ABDOMEN INFERIOR

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

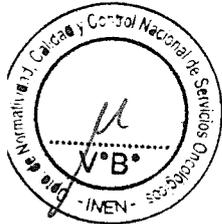
FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO DE TELETERAPIA EN REGIÓN CRANEOAXIAL

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”)

Procedimiento: Consiste en utilizar radiación a todo el cerebro y columna total seguido de un refuerzo en la fosa posterior en la zona del lecho tumoral y/o persistencia de enfermedad, para producir la muerte de las células tumorales dependiendo del tipo histológico de la tumoración y su historia natural de enfermedad. Puede ser usado como tratamiento complementario a la cirugía usando la radiación para disminuir el riesgo de recurrencia.

Este procedimiento se puede realizar como tratamiento:

- **Ayudante:** cuando el tratamiento se indica después de realizada la cirugía con la finalidad de mejorar el control de la enfermedad a nivel loco regional.
- **Radical:** cuando el tratamiento quirúrgico no es posible.
- **Paliativo (excepcionalmente):** Se administra la radioterapia con la finalidad de aliviar los síntomas presentes por la lesión tumoral o de localización metastásica.

Objetivo: Destrucción de las células tumorales, reducción progresiva de la tumoración y evitar la recurrencia en el lecho tumoral y la diseminación en todo el sistema nervioso central.

Alternativas: No hay alternativas

Consecuencias de realizar el procedimiento: Control local de la enfermedad, evitar la diseminación del tumor por todo el sistema nervioso central y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Consecuencias de no realizar el procedimiento: Crecimiento del tumor, sangrado y dolor, diseminación del tumor por todo el sistema nervioso central, con mayor morbi-mortalidad relacionada al tumor y sus complicaciones, limitación funcional para realizar las actividades básicas, alteración de la calidad de vida del paciente.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos.

Riesgos agudos:

- **Frecuentes:** Radiodermatitis grado 1 (enrojecimiento de la piel), Radiodermatitis grado 2 (enrojecimiento de la piel y descamación), dolor de cabeza, náuseas, sensación de cansancio, somnolencia, pérdida de cabello (alopecia) de forma parcial o total, disminución del número los glóbulos rojos (anemia), glóbulos blancos y plaquetas.
- **Raros o poco frecuentes:** Radiodermatitis grado 3 (enrojecimiento de la piel, descamación húmeda y úlcera), aumento de la presión dentro de del cráneo.

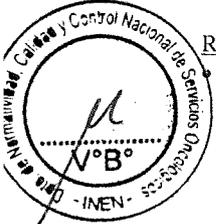
Riesgos tardíos:

Raros o poco frecuentes: pérdida de cabello permanente y de forma parcial o total, incremento de la presión dentro del cráneo, disminución de la capacidad intelectual y memoria, pérdida de audición por daño al oído medio/oído interno, alteración en la función de la hipófisis, inflamación del tejido que rodea la médula espinal ocasionando pérdida de la función de sensibilidad y/o fuerza por debajo del nivel afectado, daño en la salida de los nervios raquídeos de la médula espinal causando dolor y pérdida de la fuerza y disminución de la sensibilidad, glaucoma, cataratas (opacidad en el cristalino que causa disminución de la agudeza visual), retinopatía, neuropatía óptica, pérdida del olfato, pérdida del gusto, esterilidad (no poder tener hijos biológicos), insuficiencia tiroidea (tener menor cantidad de hormonas tiroideas en sangre, pudiendo necesitar tratamiento hormonal), inflamación del pericardio que rodea al corazón, inflamación pulmonar, insuficiencia pancreática, osteoporosis, problemas de crecimiento y desarrollo (deficiencia de hormona de crecimiento - GH), enfermedad hepática, insuficiencia renal.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Según el caso se indica corticoides (dexametasona):

Agudas: malestar estomacal, irritación del estómago, vómitos, dolor de cabeza, mareos, insomnio, agitación, depresión, ansiedad, acné, aumento del crecimiento del pelo, facilidad para desarrollar moretones, menstruaciones irregulares o ausentes, aumento del apetito.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Crónicos: osteoporosis, glaucoma, catarata, pérdida de la memoria, psicosis, aumento de peso, aumento de volumen de la cara, obesidad de la parte superior del cuerpo, hiperglucemia, pancreatitis, hígado graso, hipertensión, debilidad muscular.

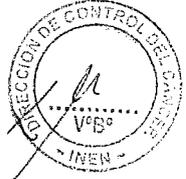
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico .
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ..., con número de Historia Clínica N° ..., con el Diagnóstico: ...

Declaro:

Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

TELETERAPIA EN REGIÓN CRANEOAXIAL

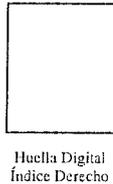
En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

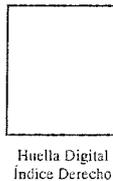
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ...; con DNI N° ..., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

TELETERAPIA EN REGIÓN CRANEOAXIAL

Assumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: .../.../... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO
RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN MAMA**

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: Es una modalidad de irradiación parcial de la mama de alta precisión que administra una dosis única y elevada de radiación durante el acto quirúrgico inmediatamente después de la extirpación del tumor sobre lecho tumoral (zona de riesgo de recaída).

Puede utilizarse como tratamiento:

- Único: Puede considerarse en los siguientes casos: si la tumoración es menor de 3.5 cm, sin factores de riesgo (tumor de bajo grado), región axilar negativa para enfermedad y en pacientes seleccionadas mayores de 70 años.
- Complementario con radioterapia externa: paciente con factores de riesgo y con compromiso ganglionar, deben recibir radioterapia externa complementaria posterior (irradiación a la mama y/o ganglios).

Objetivo: Destrucción de las células tumorales que hayan podido permanecer tras la extirpación del tumor y como consecuencia, disminuir el riesgo de recurrencia y mejorar la calidad de vida del paciente.

Alternativas: Uso de radioterapia externa al lecho tumoral

Consecuencias de realizar el procedimiento: Control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Consecuencias de NO realizar el procedimiento: Mayor riesgo de recurrencia de enfermedad en el lecho tumoral, salvo elección del tratamiento equivalente al lecho tumoral con radioterapia externa.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos.

Riesgos Agudos:

- Frecuentes: Derivados de la radiación: inflamación, dolor, hinchazón, enrojecimiento de la piel, descamación de la piel, induración palpable.
- Poco frecuentes: Equimosis.

Riesgos Tardíos:

- Frecuentes: Derivados de la radiación: cambios de coloración, atrofia cutánea, vasos sanguíneos dilatados en la piel, engrosamiento de la piel o fibrosis
- Raros o poco frecuentes: necrosis grasa, cambios en el volumen y dolor en la mama. Excepcionalmente se puede producir úlceras en la piel

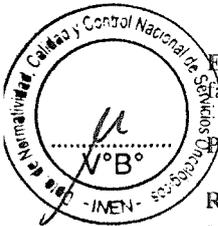
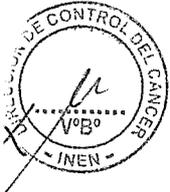
Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar: no se usa ningún elemento farmacológico específico para este procedimiento.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico debido a que podría.
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva.





DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... en calidad de Paciente (). Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: ... con número de Historia Clínica N° ... con el Diagnóstico: ... Declaro: Que el Médico: ... con CMP N° ..., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN MAMA

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: ... HORA: ...



Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

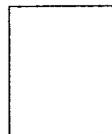
Yo Sr./Sra. ... de ... años de edad, con domicilio en ... con DNI N° ... en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha ... de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN MAMA

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: ... HORA: ...

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos: ...
DNI N°: ...



Huella Digital Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos: ...
CMP N°: ... RNE N°: ...





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO BRAQUITERAPIA DE ANO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: consiste en utilizar dosis altas de radiación muy localizada en el lecho tumoral o lesión tumoral residual, mediante aplicadores colocados por tiempos cortos. De ser necesario, dependiendo de la tolerancia al dolor y de su cuadro clínico será necesario aplicarle un analgésico previo al procedimiento o incluso sedación, la cual estará a cargo de un médico anestesiólogo, quién le informará al respecto.

El procedimiento de braquiterapia se puede realizar como tratamiento:

- Adyuvante: cuando se indica posterior a la teleterapia concurrente con quimioterapia.
- Radical: como opción única de tratamiento en lesiones pequeñas y muy tempranas

Objetivo: Destrucción de las células tumorales, control de la enfermedad local y mejorar la calidad de vida del paciente.

Alternativas: Uso de radioterapia externa

Consecuencias de realizar el procedimiento: Control local de la enfermedad, y mejorar la calidad de vida de la paciente.

Consecuencias de no realizar el procedimiento: De no recibir tratamiento con braquiterapia existe un riesgo mayor que la enfermedad progrese, con mayor morbi-mortalidad relacionada a la neoplasia y sus complicaciones, salvo la elección del tratamiento equivalente con radioterapia externa.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos.

Riesgos agudos:

- Frecuentes: Intestinales (sensación de tenesmo rectal, defecación dolorosa, sangrado moderado por el ano, expulsión de mucosidad), afectación del aparato genital-urinario (en mujeres irritación vaginal, dolor agudo local, ardor local).

Riesgos tardíos:

- Raro o poco frecuente: Estrechez del canal anal que puede llegar a la obstrucción, infecciones y fistulas, isquemia (disminución del riego sanguíneo), trombosis u obstrucción venosa, incontinencia fecal.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar: Analgesia según el caso.

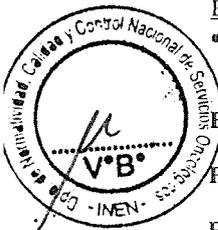
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico.
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:

Declaro:

Que el Médico: con CMP N° me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

BRAQUITERAPIA DE ANO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios del procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:



REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°....., en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de

BRAQUITERAPIA DE ANO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

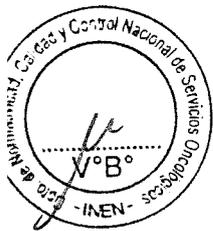
FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROCEDIMIENTO RADIOCIRUGÍA EN EL CEREBRO

(Ley General de Salud N° 26842, RM N° 214-2018-MINSA que aprueba la NTS N° 139-MINSA/2018/DEGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica")

Procedimiento: Es una técnica de radioterapia que utiliza dosis únicas y altas de radiación ionizante a una lesión intracraneal pequeña bien definida por imágenes y precisa por esterotaxia. Se usa para tratar tumores de encéfalo y otros trastornos encefálicos que no se puedan tratar con cirugía habitual. También se llama cirugía por radiación, radiocirugía estereotáctica y radiocirugía estereotáctica. Puede ser usado como tratamiento complementario a la cirugía.

Este procedimiento se puede realizar como tratamiento:

- **Ayudante:** cuando el tratamiento se indica después de realizada la cirugía (extirpación de la tumoración) y/o enfermedad residual.
- **Radical:** cuando el tratamiento quirúrgico no es posible, tiene riesgos de morbilidad o si el paciente se opone al tratamiento quirúrgico, con la intención de controlar la enfermedad loco regional.

Objetivo: Destrucción de las células tumorales produciendo la reducción progresiva de la tumoración.

Alternativas: Uso de radioterapia externa fraccionada

Consecuencias de realizar el procedimiento: Controlar la enfermedad local y/o aminorar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Consecuencias de no realizar el procedimiento: Recurrencia en el lecho tumoral, con mayor morbi-mortalidad relacionada al tumor y sus complicaciones, impacto negativo en su calidad de vida, salvo elección del tratamiento equivalente al lecho tumoral con radioterapia externa fraccionada.

Riesgos reales y potenciales: Los riesgos que pueden aparecer durante el tratamiento se llaman agudos y aquellos que se pueden presentar meses ó años después de finalizado el tratamiento se llaman tardíos.

Riesgos agudos:

- Frecuentes: dolor de cabeza, náuseas, sensación de cansancio, somnolencia.
- Raro o poco Frecuentes: aumento de la presión dentro del cráneo, en raras ocasiones, algunas personas pierden algo de cabello de manera temporal si el área tratada está justo debajo del cuero cabelludo.

Riesgos tardíos:

- Poco Frecuentes: daño al tejido nervioso como consecuencia de la radiación, cataratas que causa disminución de la agudeza visual, retinopatía, neuropatía óptica, disminución de la capacidad intelectual y memoria, pérdida de audición por daño al oído medio/oído interno, disfunción hipofisaria, pérdida del olfato, pérdida del gusto, atrofia cerebral.

Efectos adversos de todos los elementos farmacológicos que se vayan a utilizar:

Según el caso se indica corticoides (dexametasona):

Agudas: malestar estomacal, irritación del estómago, vómitos, dolor de cabeza, mareos, insomnio, agitación, depresión, ansiedad, acné, aumento del crecimiento del pelo, facilidad para desarrollar moretones, menstruaciones irregulares o ausentes, aumento del apetito.

Crónicos: osteoporosis, glaucoma, catarata, pérdida de la memoria, psicosis, aumento de peso, aumento de volumen de la cara, obesidad de la parte superior del cuerpo, hiperglucemia, pancreatitis, hígado graso, hipertensión, debilidad muscular.

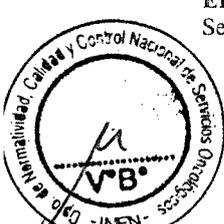
Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Antes de iniciar su tratamiento es importante que usted:

- Comunique en caso de estar embarazada o tenga dudas razonables de que pueda estarlo, para hacerle la prueba diagnóstica oportuna, ya que el tratamiento puede suponer un riesgo para el embrión.
- Informe sus posibles alergias a medicamentos y las enfermedades que padezca, ya que algunas de ellas pueden aumentar la frecuencia y gravedad de los efectos secundarios.
- Mencione también los medicamentos que está recibiendo, debido a que alguna de ellas podría desaconsejar el uso de la radioterapia, especialmente si está participando en un estudio o ensayo clínico.
- Informe si previamente ha recibido radioterapia en la misma zona, debido a que podría ser una limitación para este tratamiento.

Si se presentara alguna molestia posterior al procedimiento acudir a la institución, para la evaluación respectiva.





PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () del paciente: con número de Historia Clínica N° con el Diagnóstico:

Declaro: Que el Médico: con CMP N°, me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico brindado, la realización de:

RADIOCIRUGÍA EN EL CEREBRO

En mi calidad de paciente y/o representante legal del mismo, en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos de salud, declaro:

- 1. Haber recibido y comprendido la información brindada por los médicos tratantes sobre mi estado de salud (del paciente).
2. Haber podido formular todas las preguntas que he creído oportunas sobre este procedimiento.
3. Considerarme adecuadamente informado(a) de los riesgos propios de la intervención quirúrgica o procedimiento a realizar, así como consecuencias que podría conllevar su realización y su no realización, los cuales pueden presentarse como consecuencia de la enfermedad que en la actualidad padezca (padece).
4. Entender los estudios que podrían ser necesarios para lograr el diagnóstico definitivo y el tratamiento requerido, medicamentos utilizados para mi recuperación, así como los posibles cambios del procedimiento que los médicos consideren indispensables en mi beneficio.
5. Saber que en cualquier momento puedo revocar (rechazar) mi consentimiento.

Por lo tanto, con la información correcta, oportuna, completa, adecuada y sin presión alguna, voluntaria y libremente SI () NO () doy mi consentimiento para que se realice el procedimiento.

FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra. de años de edad, con domicilio en; con DNI N°, en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), o Apoderado () he decidido Revocar el Consentimiento firmado en fecha de forma libre, consciente, en pleno uso de mis facultades, a pesar de haber recibido información adicional a la necesidad de que se realice la intervención (o procedimiento) propuesto, decido NO AUTORIZAR la realización de:

RADIOCIRUGÍA EN EL CEREBRO

y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al equipo médico y a la Institución.

FECHA: HORA:

Firma del Paciente o representante legal
Nombre y Apellidos:
DNI N°:



Firma y sello del Médico Encargado
Nombre y Apellidos:
CMP N°: RNE N°:

