

Consentimiento informado Quimioterapia

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Sé que debo realizarme una serie de exámenes: de sangre, radiografías, ecotomografías, entre otros; para el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de esta enfermedad.

Se me ha explicado que seré tratado, según protocolo con:

Quimioterapia, Esquema: _____

La Quimioterapia consiste en la administración de medicamentos endovenosos u orales, que tratan de controlar o curar mi enfermedad. Puede provocar efectos secundarios desagradables frecuentes y/o transitorios como: caída del cabello, vómitos, náuseas, y otros efectos menos frecuentes como úlceras bucales, anemia, disminución de glóbulos blancos y de plaquetas, infecciones, sangramientos, incluso ocasionalmente efectos graves como esterilidad y hasta la muerte.

He comprendido que no todos los cánceres son curables en un 100% y que existe la posibilidad de recaída y también de no respuesta al tratamiento.

Es posible que también requiera otro tipo de tratamientos, como transfusiones de sangre y/o plaquetas, antibióticos y otros.

Sé que puedo sentir dolor, el que siempre se tratará y que puede ser aliviado total o parcialmente.

En caso de optar por seguir el tratamiento, el equipo de salud me informará de cualquier cambio y se compromete a contestar mis consultas.

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: